RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
*****

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
*****

UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI
*****

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
*****

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE
*****

Année : 2023 **N° 2551**

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES BASSES CHEZ L'ADULTE A COTONOU DE 2017 A 2022 : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, ANALYSE DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Par :

AMOU Franck Joski

Né le 22 Novembre 1996 à Cotonou (Bénin)

Directeur de thèse

Pr Jean SEHONOU

Président du jury

Pr Jean SEHONOU

Membres du jury

MCA Ismaïl LAWANI

MCA Yacoubou IMOROU

Année académique : 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ENTERINE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ADOPTE 2022

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

ADOPTED 2022

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

NOVEMBRE 2022

ACTION DE GRACE

« Que Dieu soit remercié, lui qui nous fait toujours triompher en Christ » : 2 Corinthiens 2 : 14.

Oh Dieu, j'aimerais te remercier du fond du cœur pour ta présence à mes côtés et ton amour infini. Merci pour ta grâce qui ne cesse de se manifester dans ma vie. Merci pour la force que tu ne cesses de me donner chaque jour afin que je puisse atteindre les objectifs pour lesquels tu m'as envoyé sur cette terre.

DEDICACES

À ma mère Brigitte SODOME,

Maman, aucun mot n'est assez fort pour décrire l'amour que je porte pour toi. Aussi loin que remontent mes souvenirs, tu as toujours été là pour moi, dans les bons, comme dans les moments difficiles. C'est l'occasion pour moi aujourd'hui de te remercier, de t'élever au rang de reine.

Je n'aurais jamais pu en arriver là sans ton soutien quotidien. Que l'éternel Dieu te donne la longévité afin que tu profites des fruits de ton travail acharné.

Je t'aime maman.

À mon père Toussaint AMOU,

Merci très cher père pour tout ce que tu as apporté dans ma vie. Sans toi tout ça n'aurait pas été possible.

Amour et gratitude éternels

À mon grand-frère Gildas AMOU,

Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté, pour toutes les fois où tu as dû te plier en quatre pour apporter des solutions aux différents problèmes que je te présentais. Ce travail c'est aussi le tien.

Amour et gratitude éternels

À ma défunte sœur Rachelle Sabine AMOU partie trop tôt,

Ta perte a laissé un grand vide au sein de notre famille et plus particulièrement dans mon cœur. Ton soutien infaillible a toujours été une motivation supplémentaire pour moi et ceci jusqu'à ce jour car je sais que depuis ton nouvel emplacement tu continues à me donner de la force afin que je n'abandonne jamais ; parce que oui j'ai pensé à tout abandonner, je ne voyais plus ce à quoi cela servirait d'aller au bout si c'est que tu ne seras pas là pour crier « Bravo Chécuss » comme tu en avais l'habitude.

Tout était devenu sombre depuis ton départ. C'était dans toute cette noirceur qu'une petite lumière m'était apparue pour me dire que rien ne te rendrait plus heureuse que de me voir aller jusqu'au bout de ce qu'on a commencé ensemble. Il me fallait donc trouver la force nécessaire pour avancer. Me voilà là aujourd'hui, à la place que tu voulais tant que j'occupe, j'espère que depuis là-haut cela te comblera de joie. Merci grande sœur pour tout, merci pour toutes ces années de bonheur à nos côtés, tu nous manques énormément. Que le Seigneur t'accorde une fois encore le repos éternel.

Je t'aime ma grande sœur.

À ma petite sœur Gladys AMOU,

Merci petite sœur pour toute l'aide que tu m'as apportée, surtout pour toutes ces fois où tu as lavé mes blouses.

Amour et gratitude éternels

À mon ami, camarade et frère Modeste TOSSENOU,

On a pensé cette aventure ensemble, on l'a débutée ensemble, on l'a vécue ensemble, quoi de plus logique que de te dédier ce travail. Très belle carrière à nous.

Merci pour tout mon frère.

À mes camarades devenus amis puis frères du Groupe Build to Grow, Cornélus AHISSOU, Robert AMOUSSOU, Mario APITHY, Youchaou DJINADOU, Davy FANOU TOSSE, Dior LANVEDOU, Dioscore LOKO et Riccardo TCHIAKPE,

Il m'est très difficile de trouver les mots justes pour vous témoigner ma reconnaissance. On a traversé tellement d'épreuves ensemble, à chaque tournant de cette belle aventure vous étiez là. Ce travail est le vôtre. Très belle carrière à nous.

Amour et gratitude éternels mes frères

REMERCIEMENTS

À mon meilleur ami Yonel ZINSOU,

Je sais que tu aurais tout donné pour être là en ce jour, malheureusement tu es à l'autre bout du monde. Je tiens sincèrement à te remercier pour tout le soutien que tu m'as apporté malgré la distance qui nous sépare. Que l'éternel Dieu te le rende au centuple.

Reconnaissance éternelle.

À mes amis d'enfance Arnaud ALOFA et Merveil ADJOVI,

Merci les gars d'être d'aussi bons amis, merci pour la force que vous ne cessez de me donner.

Reconnaissance éternelle.

À mes autres amis du groupe de stage d'internat,

Merci pour votre joie de vivre pendant cette période de notre formation. C'était sûrement l'un des meilleurs moments de la formation. Merci de l'avoir rendu inoubliable. Je vous souhaite une carrière remplie de succès et de joie.

Soyez bénis.

HOMMAGES

À nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

Merci pour l'enseignement que vous nous avez dispensé tout au long de notre formation. Merci pour vos efforts quotidiens à l'endroit des étudiants et des malades.

Profondes déférences.

À notre Maître et directeur de thèse, le Professeur Jean SEHONOU,

Cher Maître vous nous avez donné une occasion de plus d'apprendre à vos côtés, en acceptant de diriger ce travail. Nous avons toujours été fasciné et impressionné par l'immensité de votre savoir, votre sympathie et votre humilité. Votre extrême courtoisie, votre infatigable disponibilité à transmettre le savoir font de vous un grand Maître. Pour nous, vous êtes l'exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale. Recevez ici le témoignage de notre reconnaissance infinie.

Hommages respectueux

À notre Maître et co-directeur de thèse, le Maitre de Conférences Agrégé Raïmi A. KPOSSOU,

La qualité de votre enseignement, votre promptitude, votre personnalité aimable et votre rigueur dans la pédagogie nous ont stimulé à mieux faire ce travail. Malgré vos multiples tâches et occupations vous avez accepté encadrer ce travail sans hésitation. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux

À notre maître et co-directeur de thèse, le Docteur Martin C. N. SOKPON,

Cher Maître, votre abord facile et votre modestie nous ont permis de mieux apprendre à vos côtés. Votre maîtrise de la pédagogie fait de vos enseignements des moments d'échanges et suscite l'amour du travail bien fait. En acceptant de co-diriger ce travail, vous nous avez fait un grand honneur. Trouvez ici cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

Hommages respectueux

À notre Maitre et Président de Jury,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse. Toutes vos recommandations pour parfaire ce travail sont les bienvenues. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

À nos maîtres et membres du Jury,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de soutenance de thèse. Nous sommes certains que vos critiques et apports nous permettront de parfaire ce travail. Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

5FU	:	5 Fluoro-Uracile
a.	:	Artère
Ant.	:	Antérieur
AINS	:	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ANCA	:	Anticorps Anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles
ASCA	:	Anticorps anti Saccharomyces cerevisiae
ATB	:	Antibiotique
ATCD	:	Antécédents
C6	:	6ème vertèbre cervicale
CNHU – HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire - Hubert KOUTOUKOU MAGA
CRP	:	C-Réactive Protéine
CU HGE	:	Clinique Universitaire d'Hépato-Gastro-Entérologie
d.	:	Droit
ECG	:	Electro-cardiogramme
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
Hb	:	Hémoglobine

HM	:	Hôpital de Menontin
HTA	:	Hypertension Artérielle
IC95%	:	Intervalle de Confiance à 95 %
Inf.	:	Inférieur
Int.	:	Interne
L1	:	1ère vertèbre lombaire
L4	:	4ème vertèbre lombaire
MH	:	Maladie Hémorroïdaire
MICI	:	Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale
Moy.	:	Moyenne
n.	:	Nerf
NFS	:	Numération Formule Sanguine
Post.	:	Postérieur
RAI	:	Recherche d'Agglutinine Irrégulière
RCH	:	Recto Colite Hémorragique
SIO	:	Sphincter Inférieur de l'Œsophage
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
SSO	:	Sphincter Supérieur de l'Œsophage

Sup.	:	Supérieur
TCA	:	Temps de Céphaline Activée
TNF	:	Tumor Necrosis Factor
TP	:	Taux de Prothrombine
T4	:	4ème vertèbre thoracique
T10	:	10ème vertèbre thoracique
T11	:	11ème vertèbre thoracique
UGD	:	Ulcère Gastrique ou duodénal
v.	:	Veine
VS	:	Vitesse de Sédimentation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification de l'Advanced Trauma Life Support de l'American College of Surgeons [8]..... 23
Tableau II : Score d'Oakland [9] 25
Tableau III : Score d'Oakland (suite) [9]..... 26
Tableau IV: Classification de la maladie hémorroïdaire selon Goligher [36]. ... 48
Tableau V: fréquence des HDB par rapport à l'ensemble des patients reçus à la CU-HGE du CNHU-HKM et à l'Hôpital de Menontin 71
Tableau VI : répartition des cas d'HDB selon l'âge des patients à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 72
Tableau VII: répartition des cas d'HDB selon la profession à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 73
Tableau VIII : répartition des cas d'HDB en fonction de l'ethnie à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 74
Tableau IX : répartition des patients atteints d'HDB en fonction de la religion à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 75
Tableau X : répartition des patients atteints d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin en fonction de leur résidence 76
Tableau XI : répartition des cas d'HDB selon la situation matrimoniale à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 76
Tableau XII : antécédents et comorbidités des patients des atteints d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 78
Tableau XIII : répartition des cas d'HDB en fonction de l'abondance du saignement à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 80
Tableau XIV : chronologie des saignements par rapport aux selles à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 81
Tableau XV : répartition des cas d'HDB en fonction des signes digestifs associés à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 82

Tableau XVI : répartition des cas d'HDB en fonctions des éléments de gravité à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 84
Tableau XVII : répartition des cas d'HDB en fonction du délai de réalisation de l'endoscopie basse à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 86
Tableau XVIII : répartition des cas d'HDB en fonction des résultats de l'endoscopie basse à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 87
Tableau XIX : répartitions des cas d'HDB en fonction des principales étiologies de saignement à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 89
Tableau XX : répartition des cas d'HDB en fonction des moyens thérapeutiques d'urgence utilisés à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 91
Tableau XXI : traitement reçu et évolution chez les patients atteints d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 92
Tableau XXII : répartition des étiologies des HDB en fonction du sexe des patients à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 95
Tableau XXIII : répartition des étiologies des HDB en fonction de l'âge des patients à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 96
Tableau XXIV : répartition des étiologies des HDB en fonction de la profession du patient à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin..... 97
Tableau XXV : influence de l'âge sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 98
Tableau XXVI : influence du sexe sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 99
Tableau XXVII : influence de l'abondance du saignement sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin..... 99
Tableau XXVIII : influence de la récidive hémorragique sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin..... 100

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : vue antérieure du duodénum montrant sa situation 6
Figure 2 : vascularisation artérielle du jéjuno-iléon 9
Figure 3 : vue antérieure du gros intestin 12
Figure 4 : configuration interne du caecum 13
Figure 5 : vascularisation artérielle du gros intestin 17
Figure 6 : diverticule de Meckel diagnostiqué par laparoscopie exploratrice au Leeds General Infirmary en 2010 39
Figure 7 : ulcération de Crohn (Hôpital Paris Saint-Joseph en 2023) 41
Figure 8: classification de Paris et risque d'envahissement sous muqueux 42
Figure 9 : tumeur obstructive du colon visualisée au cours d'une endoscopie digestive basse au CHU de Bordeau en 2018. 44
Figure 10 : diverticulose colique visualisée lors d'une endoscopie digestive basse au CHU Bordeau en 2018] 45
Figure 11 : durée d'évolution des hémorragies digestives basses à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 79
Figure 12 : résultats de l'examen proctologique chez les cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 83
Figure 13 : répartition des cas d'HDB selon les résultats de la numération formule sanguine à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 85
Figure 14 : répartition des étiologies des HDB suivant les années à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 90
Figure 15 : nombre de cas d'HDB décédés par année à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin 94

SOMMAIRE

ACTION DE GRACE i

DEDICACES iii

REMERCIEMENTS vii

HOMMAGES ix

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES xiii

LISTE DES TABLEAUX xvii

LISTE DES FIGURES xx

SOMMAIRE xxii

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 4

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE 59

3. RESULTATS 70

4. DISCUSSION 101

CONCLUSION 117

SUGGESTIONS 119

REFERENCES 121

ANNEXES ..... a

TABLE DES MATIERES ..... g

INTRODUCTION

Les hémorragies digestives constituent la principale urgence en hépato-gastroentérologie nécessitant parfois une hospitalisation en unité de soins intensifs. Les hémorragies digestives basses (HDB) sont des hémorragies dont le siège est situé en aval de l'angle de Treitz. Elles représentent moins de 20 % des hémorragies digestives [1]. L'urgence est de savoir reconnaître rapidement les hémorragies graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patients. Le pronostic des hémorragies digestives basses est essentiellement lié au terrain, à savoir : l'âge et les comorbidités associées. Une étude menée en France retrouvait une incidence à 20,5 cas pour 100 000 habitants par an avec une fréquence plus importante chez les hommes et les sujets âgés [1]. D'autres études ont également été menées dans la sous-région ; c'était le cas au Burkina-Faso où Yè trouvait une fréquence des HDB à 0,24%.

L'enquête étiologique des hémorragies digestives, centrée par l'endoscopie, doit débuter très précocement dès l'obtention d'une stabilité hémodynamique. Plus de 75 % des HDB vont s'arrêter spontanément, mais le taux de récidive est élevé.

Au Bénin, très peu de données sont disponibles sur les hémorragies digestives basses, d'où l'intérêt de cette étude qui a pour but de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des hémorragies digestives basses à Cotonou et de faire une analyse des facteurs étiologiques et pronostiques associés.

Les objectifs de ce travail sont présentés ci-après.

OBJECTIF GENERAL

Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des hémorragies digestives basses à Cotonou et analyser les facteurs étiologiques et pronostiques associés.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la prévalence des hémorragies digestives basses.
- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des HDB.
- Rapporter le rôle de l'endoscopie digestive dans le diagnostic et la prise en charge des hémorragies digestives basses.
- Identifier les étiologies les plus fréquentes des HDB.
- Décrire les modalités de prise en charge des hémorragies digestives basses.
- Identifier les facteurs qui influencent le pronostic des HDB.

1. GENERALITES

1.1. Définition

Hémorragie digestive basse : tout saignement du tube digestif dont l'origine se situe en aval de l'angle duodéno-jéjunal ou angle de Treitz [1].

Dans certains cas, une hémorragie d'origine haute, lorsqu'elle est abondante, peut également s'extérioriser sous forme d'HDB.

1.2. Rappels anatomiques et physiologiques

Le tube digestif est un long tube qui s'étend de l'œsophage jusqu'au canal anal, il présente un mouvement appelé péristaltisme permettant la circulation des aliments en cours de digestion. Il comprend de haut en bas : l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin et l'anus.

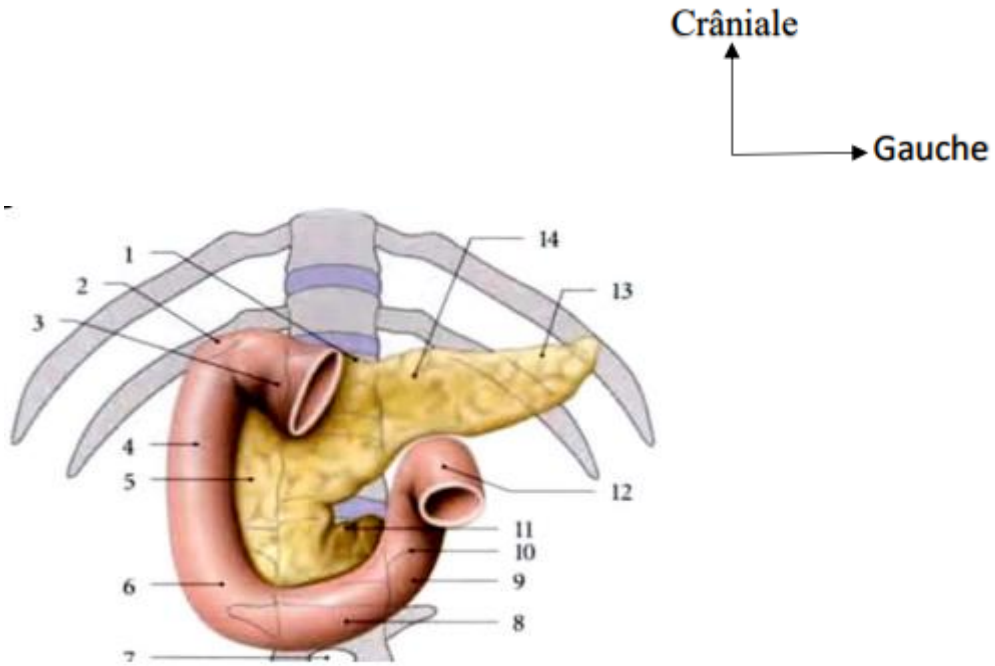
1.2.1. Duodénum

1.2.1.1. Anatomie

Le duodénum représente la portion initiale et fixe de l'intestin grêle. Il fait suite à l'estomac au niveau du pylore et se continue par le jéjunum au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Il présente des connexions intimes avec le pancréas [2].

Profondément situé contre la paroi postérieure de l'abdomen, il se projette en arrière entre les vertèbres lombaires L1 et L4, et en avant au-dessus de l'ombilic.

Sa forme est variable et dessine un anneau incomplet, ouvert en haut et à gauche, le plus souvent en forme de C. Il comprend quatre parties, supérieure, descendante, horizontale et ascendante. Celles-ci délimitent les angles duodénaux supérieur, inférieur droit et inférieur gauche (ou angle duodéno-jéjunal de Treitz). Sa longueur est de 20 à 25 cm et son diamètre d'environ 4cm.



1. tubérosité omentale
2. angle supérieure du duodénum
3. partie supérieure du duodénum
4. partie descendante du duodénum
5. tête du pancréas
6. angle inférieure (inf.) droit du duodénum
7. ombilic
8. partie horizontale
9. angle inf. gauche
10. partie ascendante
11. processus unciné
12. **angle duodéno-jéjunal**
13. queue du pancréas
14. corps du pancréas

Figure 1 : vue antérieure du duodénum montrant sa situation [2]

S'agissant de la vascularisation, les artères proviennent de l'artère gastro-duodénale et de l'artère pancréatico-duodénale inférieure. Les veines duodénales se drainent dans le système porte, par l'intermédiaire de ses affluents qui s'anastomosent entre eux.

1.2.1.2. Physiologie

Première portion de l'intestin grêle, le duodénum participe à la digestion, à l'absorption de nutriments et à la protection de la muqueuse intestinale.

La digestion des aliments se fait par le biais des enzymes digestives et d'acides biliaires. Les enzymes proviennent du pancréas grâce aux canaux excréteurs, tandis que les acides biliaires proviennent du foie par les voies biliaires. Les enzymes et les acides biliaires vont permettre de transformer le chyme (liquide contenant les aliments prédigérés par les sucs digestifs en provenance de l'estomac) en chyle (liquide clair contenant des fibres alimentaires, glucides complexes, des molécules simples, des nutriments).

Ensuite survient l'absorption des produits de la digestion tels que les glucides, les protéines, les électrolytes, les vitamines, ainsi que l'eau.

Le duodénum se défend des agressions chimiques et mécaniques par la sécrétion de mucus et de bicarbonates protégeant la muqueuse.

1.2.2. Jéjuno-iléon

1.2.2.1. Anatomie

Il commence à l'angle duodéno-jéjunal et se termine dans le côlon ascendant. Il est relié à la paroi abdominale par le mésentère. Sa longueur est d'environ 6,5 m, son calibre qui est de 3 cm à l'angle duodéno-jéjunal, diminue graduellement jusqu'au gros intestin et ne mesure que 2 cm au voisinage de sa terminaison [2].

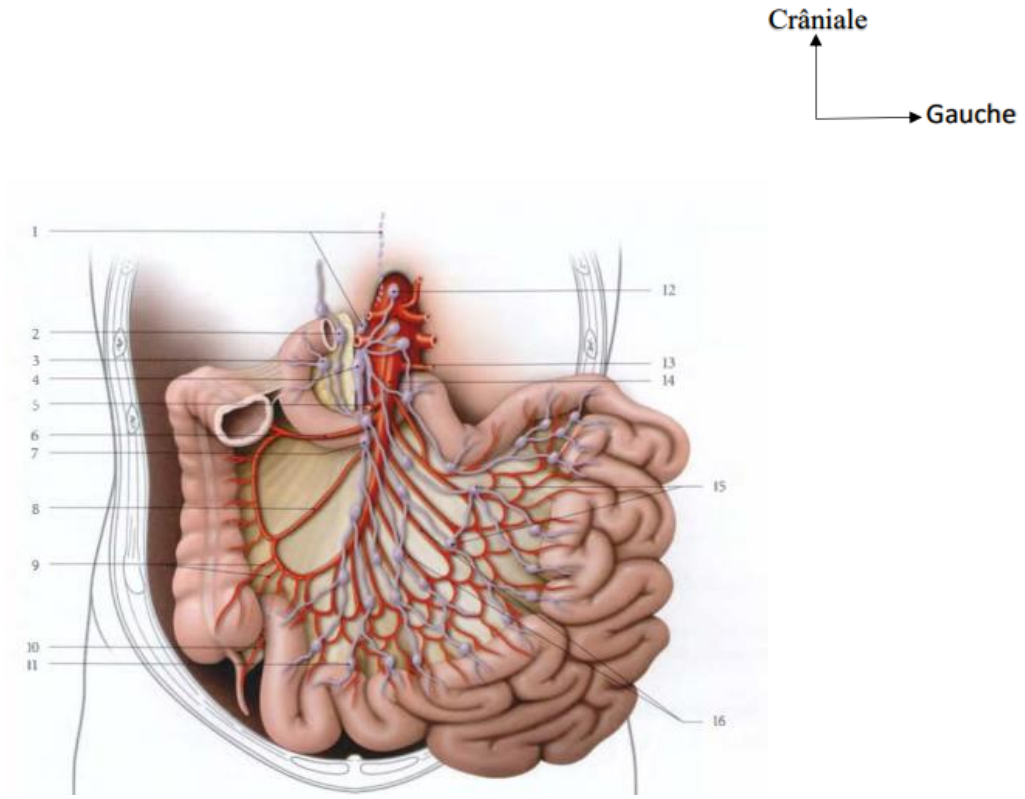
Il décrit de son origine à sa terminaison, de 15 à 16 grandes flexuosités appelées anses intestinales. Chacune d'elles a la forme d'un U dont les branches plus ou moins parallèles sont en contact l'une avec l'autre. On reconnait deux groupes principaux d'anses intestinales : un groupe supérieur gauche, formé

d'anses horizontales, placées les unes au-dessous des autres, et un groupe inférieur droit, formé d'anses verticales juxtaposées de gauche à droite et d'avant en arrière [2].

La paroi du jéjuno-iléon est constituée, comme celle du duodénum, par quatre tuniques ; séreuse, musculaire, sous-muqueuse et muqueuse. Cette dernière présente, comme celle du duodénum, des villosités, des valvules conniventes dont les dimensions et le nombre diminuent graduellement de l'angle duodéno-jéjunal vers la terminaison du jéjuno-iléon ; elles disparaissent même complètement à 50cm environ en amont du gros intestin, des follicules clos.

On trouve de plus dans le jéjuno-iléon des plaques de Peyer qui sont des amas de follicules clos qui dessinent à la surface de la muqueuse des plaques blanchâtres, d'aspect gaufré, de forme elliptique, de 5 à 6cm de longueur ; elles siègent particulièrement dans la deuxième moitié du jéjuno-iléon et le long du bord libre de l'intestin.

Les artères sont des branches intestinales de la mésentérique supérieure. Les veines sont disposées comme les artères et se jettent dans la veine mésentérique supérieure.



1. conduit thoracique
2. lymphonœuds rétropyloriques
3. lymphonœuds subpyloriques
4. citerne du chyle
5. a. pancréatico-duodénale inf.
6. a. colique droite
7. lymphonœuds mésentériques Sup.
8. a. iléo-colique
9. a. caecales
10. a. appendiculaire
11. lymphonœuds mésentériques juxta-intestinaux
12. lymphonœuds cœliaques
13. a. pancréatique inf.
14. a. mésentérique sup.
15. lymphonœuds mésentériques centraux
16. a. jéjunales et iléales

Figure 2 : vascularisation artérielle du jéjuno-iléon [2]

1.2.2.2. Physiologie

Le jéjunum transporte rapidement les aliments en digestion vers l'iléon grâce aux ondes péristaltiques assurées par les muscles de la paroi. Il est capable d'absorber les nutriments grâce à sa muqueuse dotée de villosités et microvillosités qui augmentent la surface totale de la paroi.

L'iléon joue notamment un rôle primordial dans l'absorption de la vitamine B12 et des sels biliaires. L'iléon se défend des agressions chimiques et mécaniques par la sécrétion de mucus, protégeant la muqueuse. Il protège également l'ensemble de l'intestin grêle de la contamination des bactéries du gros intestin grâce à la valve iléo-caecale. Cette dernière s'ouvre pour laisser passer le chyle vers le caecum et se referme pour empêcher le reflux du chyle vers l'iléon.

1.2.3. Gros intestin

1.2.3.1. Anatomie

C'est le segment du tube digestif qui s'étend de la valvule iléo-caecale à l'anus. D'une longueur totale de 1,50 mètre environ, il débute à la fosse iliaque droite par le caecum, puis se continue par plusieurs segments disposés en cadre à la périphérie de l'abdomen [3].

Le gros intestin se distingue de l'intestin grêle par quatre caractères principaux [3] :

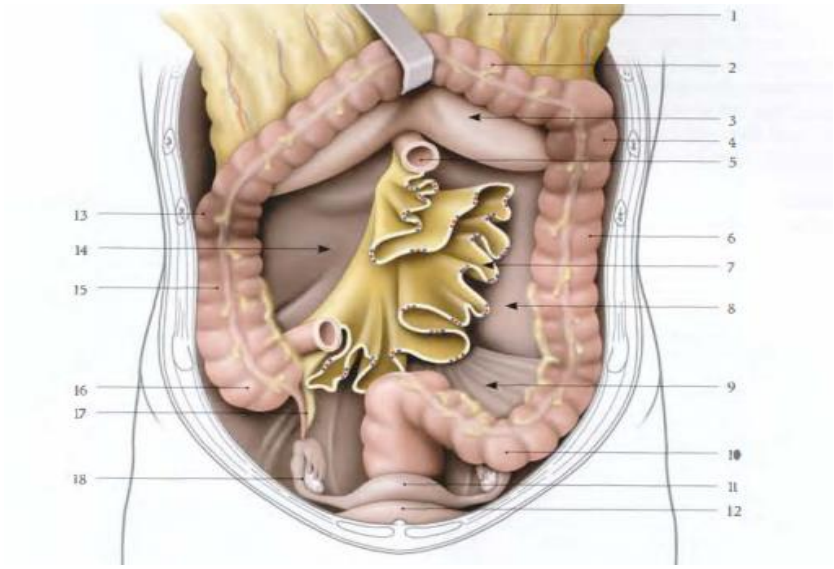
- Il est plus volumineux que l'intestin grêle.

- Il est parcouru dans toute sa longueur par des bandelettes musculaires longitudinales, au nombre de trois sur le caecum, les colons ascendant, transverse et descendant ; au nombre de deux sur le colon sigmoïde et elles disparaissent sur le rectum. Sur le caecum, le colon ascendant et le colon

descendant, ces bandelettes se distinguent en antérieure, postéro-interne et postéro-externe ; sur le colon transverse, la bandelette postéro-interne devient postéro-supérieure et répond à l'attache du mésocôlon transverse, l'antérieure devient postéro-inférieure et la postéro-externe devient antérieure.

- Dans l'intervalle des bandelettes, le colon présente des bosselures séparées par des sillons transversaux. Ces bosselures s'atténuent et disparaissent au voisinage du rectum.

- Le long des bandelettes longitudinales s'implantent de petits corps graisseux appelés appendices épiploïques.

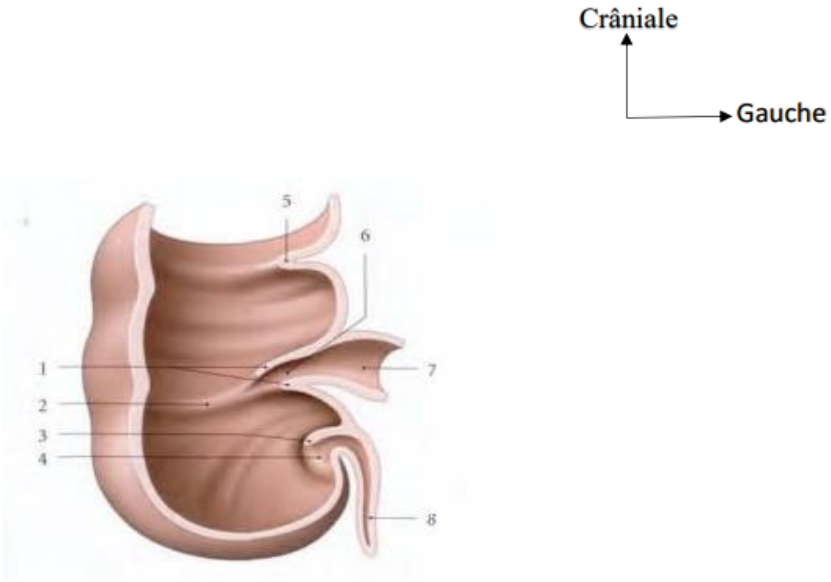


1. grand omentum
2. côlon transverse
3. mésocôlon transverse
4. angle colique gauche
5. jéjunum
6. côlon descendant
7. mésentère
8. mésocôlon descendant
9. méso-sigmoïde
10. côlon sigmoïde
11. utérus
12. vessie
13. angle colique droit
14. mésocôlon ascendant
15. côlon ascendant
16. caecum
17. appendice
18. trompe utérine

Figure 3 : vue antérieure du gros intestin [2]

1.2.3.1.1. Caecum

C'est la partie du gros intestin qui a la forme d'un sac ouvert en haut, mesurant environ 6cm de hauteur, et 6 à 8cm de largeur. Sa limite supérieure correspond à la ligne horizontale passant par le bord inférieur de la jonction iléo-colique (l'extrémité inférieure de l'iléon forme un bourrelet arrondi qui pénètre dans la lumière du caecum à la manière d'une papille représentant la valvule iléo-colique, appelée quelque fois valvule iléo-caecale ou valvule de Bauhin). Son extrémité inférieure ou bas-fond caecale est recourbée en bas et en dedans [3].



1.lèvres sup. et inf. de la valve iléo-caecale

2. frein post de la valve iléo-caecale

3. valve appendiculaire

4. orifice appendiculaire

5. pli semi-lunaire

6. orifice iléo-caecale

7. iléum

8. appendice vermiforme

Figure 4 : configuration interne du caecum [2]

1.2.3.1.2. Appendice vermiculaire

C'est un prolongement du caecum qui naît à deux ou trois centimètres en dessous de l'orifice iléo-caecale. Sa longueur est en moyenne de 8 à 9cm, son diamètre est de 7 mm [3].

1.2.3.1.3. Colon ascendant

Il est compris entre le caecum et l'angle colique droit. Il mesure 8 à 15cm de longueur, sa direction est à peu près verticale, un peu oblique en haut et en arrière et il décrit une légère courbe concave en dedans et en avant. De plus, le colon ascendant est fixé à sa paroi postérieure par l'intermédiaire du fascia de Toldt droit [3].

1.2.3.1.4. Angle colique droit

C'est l'angle que fait le colon pour prendre une direction transversale. Son ouverture regarde en avant, en bas et en dedans. Cette orientation est due à la position du colon ascendant, oblique en haut et en arrière, et la direction du colon transverse, oblique en avant et en dedans [3].

1.2.3.1.5. Colon transverse

C'est un segment libre à concavité postérieure tendu de droite à gauche, du colon ascendant au colon descendant. Sa longueur varie entre 40 et 80cm, elle mesure en moyenne 50cm. Il est un peu rectiligne dans sa partie droite, il prend une direction oblique en haut et à gauche jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate. Il est fixé d'une part à la paroi abdominale postérieure par le mésocôlon transverse et à l'estomac d'autre part, par le ligament gastro-colique [3].

1.2.3.1.6. Angle colique gauche

C'est l'union du colon transverse avec le colon descendant. Il est plus haut et plus aigu que l'angle droit. Il est orienté dans un plan vertical et son ouverture

regarde en avant, en bas et en dedans. Par sa plicature, l'angle colique gauche constitue un obstacle au contenu intestinal dont le passage demande un péristaltisme intensifié [3].

1.2.3.1.7. Colon descendant

Il commence à l'angle splénique du colon et se termine à la crête iliaque, où il se continue avec le colon ilio-pelvien. Plus profondément situé et de calibre plus petit que le colon ascendant, il descend à peu près verticalement dans la gouttière comprise entre le rein et la paroi abdominale. Sa longueur moyenne est de 12cm [3].

1.2.3.1.8. Colon sigmoïde

Il s'étend de la crête iliaque gauche, où il fait suite au colon descendant, à la troisième vertèbre sacrée, où il se continue avec le rectum. Il mesure en moyenne 40 cm de long et 3 cm de calibre [3].

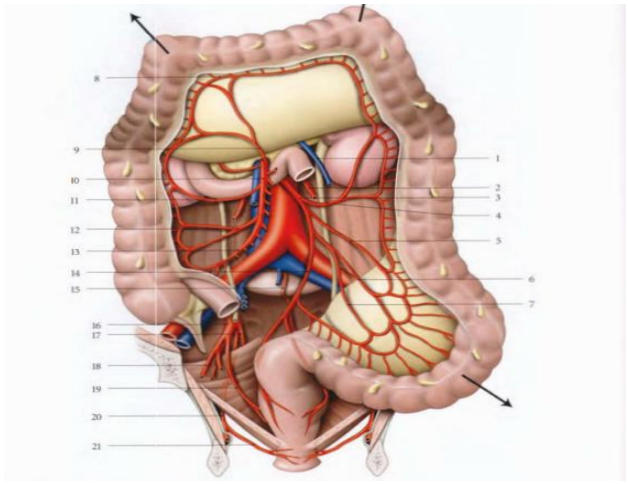
1.2.3.1.9. Rectum

C'est un organe postérieur du petit bassin, long de 15 à 20cm, suit d'abord la concavité du sacrum, puis à la hauteur du coccyx il se réfléchit vers l'arrière et traverse le périnée. On lui distingue deux segments, l'un supérieur ou pelvien, contenu dans la cavité pelvienne ; l'autre inférieur, périnéal ou canal anal. Devenant le canal anal il se termine par l'anus. Le tiers supérieur du rectum comporte un segment très dilatable, l'ampoule rectale, dont le remplissage provoque le besoin de défécation. En dessous de l'ampoule naissent trois plis transversaux constants qui pénètrent dans la lumière rectale [3].

Le canal anal représente le rectum périnéal qui fait suite au segment pelvien du rectum et se continue par le revêtement cutané. Long de 2 à 3cm. Sa direction est franchement oblique en bas et en arrière et on lui distingue trois

territoires superposés : une zone rectale, une zone ano-cutanée et une zone cutanée.

La vascularisation du colon est assurée essentiellement par l'artère mésentérique supérieure, l'artère mésentérique inférieure et les artères hypogastriques pour le rectum. Les veines du colon sont satellites des artères et se rendent à la veine porte. Par ailleurs, les veines du rectum naissent d'un riche plexus veineux sous muqueux commun aux veines hémorroïdales ; les veines hémorroïdales supérieures droite et gauche se jettent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure, alors que les veines hémorroïdales moyennes et inférieures vont à la veine cave inférieure par les veines iliaques internes, réalisant ainsi une très importante anastomose porto-cave [3].



1.v. mésentérique inf.
2.a. gonadique g.
3.a. mésentérique inf.
4. a. colique g.
5. a. sigmoïdienne sup.
6. a. sigmoidienne moy.
7. a. sigmoidienne inf.
8. arcade colique
9. a. colique moy.
10. a. mésentérique sup.
11. a. colique d.
12. a. colique d. accessoire
13. a. iléo-colique
14. a. rectale sup.
15. a. et v. sacrales médianes
16. a. iliaque int.
17. a. glutéale inf.
18. ombilicale d.
19. a. rectale moy.
20. a. pudendale int.
21. a. rectale inf.

Figure 5 : vascularisation artérielle du gros intestin [2]

1.2.3.2. Physiologie

Le côlon a deux rôles principaux :

- Il absorbe l'eau et les électrolytes
- Il forme les selles à partir des cellules mortes, des bactéries et des pigments de dégradation.

Son rôle moteur est de participer à l'évacuation des selles.

1.3. Etiopathogénie

1.3.1. Les HDB d'origine hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire (MH) est la pathologie anale qui a rapport avec une anomalie des plexus hémorroïdaires internes et externes. Les facteurs prédisposants sont multiples :

- Age : la MH survient le plus souvent chez l'adulte jeune.
- Sexe : elle touche aussi bien les hommes que les femmes.
- Troubles du transit intestinal : constipation ou diarrhée.
- Épisodes de la vie génitale : période menstruelle, grossesse, accouchement.
- Facteurs alimentaires : alcool, épices, café.
- Mode de vie : sédentarité, position de travail assis ou debout prolongé.
- Certains sports : moto.
- Contraceptifs oraux.
- Troubles métaboliques : hyperuricémie, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie.

Deux théories permettent de comprendre leur survenue [4] :

- **Théorie circulatoire**

Elle fait intervenir l'ouverture brutale de shunts artério-veineux sous l'effet des épices, de l'alcool ou des efforts de défécation. La conséquence en est un afflux artériel massif dans les plexus veineux hémorroïdaires à l'origine de leur distension et de leur dilatation. Les troubles de la circulation capillaire expliqueraient l'hémorragie et les phénomènes de thrombose.

- **Théorie mécanique**

Le relâchement, puis la rupture des éléments de soutien, en particulier du ligament de PARKS sont à l'origine d'un glissement progressif vers le canal anal et de la sous-muqueuse. Ainsi s'explique le prolapsus. Les efforts de défécation (constipation) jouent un rôle favorisant. L'hypertonicité du sphincter anal augmente les efforts de défécation.

Elle se manifeste par la rectorragie, la douleur, la tuméfaction, le prurit anal ; ce dernier signe une parasitose associée.

1.3.2. Les HDB diverticulaires

La plupart des auteurs ne s'accordent pas sur le même mécanisme, toutefois les approches explicatives notent à l'origine : une érosion artérielle juxta-diverticulaire en rapport avec une diverticulite, une rupture de veinules à l'effort, une stase veineuse par contracture spasmodique de la musculature du segment pathologique, une invagination en doigt de gant du diverticule dans la lumière colique avec ulcération muqueuse. La perforation d'un diverticule s'ouvrant dans un vaisseau du mésocolon, entraîne l'apparition d'hémorragies digestives [5].

1.3.3. Les HDB d'origine tumorale

Les mécanismes sont variables, il peut s'agir d'une ulcération de la muqueuse intestinale en regard d'une tumeur intra-murale, soit d'une nécrose aseptique centro-tumorale communiquant avec la lumière digestive, ou de phénomènes d'invaginations itératifs responsables d'hémorragies.

1.3.4. Les HDB par les fissures anales

Plusieurs mécanismes ont été impliqués dans la survenue de la fissure anale.

- Le mécanisme vasculaire, suppose qu'il existe une hypovascularisation du pôle inférieur de l'anus. Ceci coexiste avec une augmentation de la pression de repos, et un overshoot après le passage de la selle, entraînant une parakératose qui explique la perte de l'élasticité de la peau facilitant ainsi sa rupture.
- Le facteur mécanique, suppose qu'il existe un état de constipation chronique, ou au contraire une selle liquide, qui crée une perte de substance responsable de rectorragies.

1.3.5. Les HDB dans les angiodysplasies

A l'origine, il existe une occlusion répétée des vaisseaux par les contractions de la couche musculaire, une dilatation d'amont en résulte, limitée tout d'abord aux veinules de la sous-muqueuse, puis aboutissent à la formation de communications artérioveineuses, qui peuvent se rompre et entraîner des HD sous forme occulte, de méléna, ou d'hématochézie.

1.4. Diagnostic

1.4.1. Diagnostic positif

Il s'agit ici de poser le diagnostic, soit par l'interrogatoire du patient ou de l'un de ses proches, soit par l'inspection des déjections. Les HDB peuvent s'extérioriser sous forme d'hématochézie ou de méléna [6] :

- Hématochézie : émission par l'anus de sang rouge non digéré. Elle s'observe le plus souvent au cours des lésions colorectales et anales. Mais, il faut noter que des hémorragies digestives hautes abondantes dans un contexte d'une accélération du transit peuvent se présenter sous forme d'une hématochézie.
- Méléna : émission par l'anus de selles noires, poisseuses et nauséabondes (sang noir digéré). Il s'agit de sang digéré qui survient souvent dans les heures qui suivent une hématémèse mais peut être également isolé, sans hématémèse. Parfois, le méléna est précédé de nausées ou d'un malaise général, de douleurs abdominales à type de colique. Le méléna traduit un saignement dont l'origine est en amont de l'angle colique droit.

1.4.2. Diagnostic différentiel

- Devant une hématochézie :

Il faudra faire la différence avec une coloration rouge des selles par des médicaments (Rouge carmin) ou les aliments [6].

- Devant un méléna :

Il est à distinguer des selles noircies par des apports exogènes médicamenteux ou alimentaires : charbon, fer, réglisse, bismuth, boudin [6].

1.4.3. Diagnostic de gravité

L'objectif principal ici est de déterminer si le patient nécessite une intervention urgente (une transfusion, ou un geste thérapeutique sous endoscopie, ou une chirurgie par exemple), ou peut subir une endoscopie retardée ou encore s'il peut bénéficier tout simplement d'une prise en charge ambulatoire.

Ce diagnostic de gravité repose sur :

- L'interrogatoire

Il est utile pour avoir des précisions sur l'abondance du saignement, rapportée soit par le patient lui-même, soit par son entourage. Une notion de malaise général doit être recherchée, de même que les comorbidités (insuffisance respiratoire, cardiaque, rénale) [6].

- L'examen physique

Des signes d'un état de choc doivent être recherchés très rapidement. Il s'agit notamment de [7] :

- une tachycardie, signe le plus précoce,
- une polypnée,
- une hypotension, plus tardive (elle est initialement orthostatique puis permanente),
- des signes périphériques : marbrures, augmentation du temps de recoloration cutanée, froideur des extrémités,

- une oligo-anurie,
- et des troubles de la conscience/vigilance.

En effet, il existe des critères cliniques permettant de classer en quatre catégories l'hémorragie selon l'abondance.

Tableau I : Classification de l'Advanced Trauma Life Support de l'American College of Surgeons [8]

Sévérité de l'hémorragie	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perte sanguine (ml)	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000
Fréquence cardiaque (bpm)	< 100	100-120	120-140	> 140
Pression artérielle systolique (mmHg)	Normale	Normale	Diminuée	Diminuée
Pression pulsée (mmHg)	Normale	Diminuée	Diminuée	Diminuée
Fréquence respiratoire	14-20	20-30	30-40	>40
Débit urinaire (ml/heure)	> 30	20-30	5-20	Négligea-ble
Statut mental	Légèrement anxieux	Anxieux	Confus	Somnolant

Le caractère actif de l'hémorragie est un élément pronostique important qu'il n'est pas toujours facile de déterminer.

Des troubles neuropsychiques à type d'anxiété, de confusion, voire d'obnubilation sont également de mauvais pronostic et sont à rechercher au cours de l'examen physique.

- Examens paracliniques

Il s'agit de demander tout d'abord une numération formule sanguine (NFS) et plaquettes afin d'évaluer la sévérité de l'hémorragie. Le taux d'hémoglobine normal est de 11,5-14g/dl chez la femme et de 12-16g/dl chez l'homme ; entre 7-11,5g/dl (7-12g/dl chez l'homme), on parlera d'une anémie modérée et en dessous de 7g/dl, il s'agit d'une anémie sévère. Le taux normal des plaquettes est de 150-400G/L ; en dessous de 150G/L, on parlera d'une thrombopénie [6].

Il faut également demander :

- un bilan d'hémostase : taux de prothrombine (TP), temps de céphaline activée (TCA), fibrinogène.
- un bilan pré-transfusionnel : groupage sanguin, rhésus, recherche d'agglutines irrégulières (RAI).
- un ionogramme sanguin, l'urée, la créatinine,
- Enfin, l'électrocardiogramme (ECG) est systématique, quel que soit le terrain.

Après cette évaluation et lorsque le patient présente des signes de gravité, il faut mettre en place des mesures adaptées de réanimation.

Tableau II : Score d'Oakland [9]

Facteurs	Score
Age (année)	
< 40	0
40-69	1
≥ 70	2
Genre	
Femme	1
Homme	0
ATCD HDB	
Non	0
Oui	1
TR	
Pas de sang	0
Présence de sang	1
Rythme cardiaque	
< 70	0
70-89	1
90-109	2
≥ 110	3

Tableau III : Score d'Oakland (suite) [9]

Facteurs	Score
TA Systolique	
< 90	5
90-119	4
120-129	3
130-159	2
≥ 160	1
Hb (g/dl)	
< 7	22
7-8,9	17
9-10,9	13
11-12,9	8
13-15,9	4
≥ 16	0

- Si le score d'Oakland est < 8, le saignement est considéré mineur et peut être géré en externe, s'il n'y a pas d'autres raisons d'admission.
- Si le score d'Oakland est > 8, le saignement est dit majeur et le patient bénéficierait d'une admission.

1.4.4. Mise en condition

Elle a pour but de corriger les troubles hémodynamiques aggravant le pronostic vital du patient. Elle consiste donc à démarrer les manœuvres de réanimation lorsque le cas l'impose. Cette réanimation se fera en milieu

spécialisé et médicochirurgical de soins intensifs. De façon générale, dès l'admission du malade il faut rapidement :

- Disposer d'une bonne voie veineuse

La pose d'une voie d'abord veineuse périphérique à l'aide d'un ou de deux cathéters de bon calibre est la mesure la plus urgente. Elle permet de débuter la compensation des pertes sanguines. La pose d'une voie veineuse centrale dont les risques sont supérieurs, n'est justifiée qu'en cas d'impossibilité d'obtenir une voie périphérique.

- Faire les prélèvements pour les examens biologiques sus cités.
- Mettre sous oxygénothérapie. Elle n'est pas indiquée systématiquement. En dehors des signes d'état de choc, elle est à débuter en cas d'hémorragie abondante ou de pathologie associée en particulier coronarienne.
- Faire un remplissage vasculaire [10].

Le choix du produit de remplissage ainsi que la quantité nécessaire dépendent de l'estimation initiale de l'abondance de l'hémorragie.

Le remplissage peut être fait soit avec un colloïde (albumine ou fraction protéique plasmatique, hydroxyéthylamidon, gélatine modifiée, dextran, colloïdes dans un cristalloïde hypertonique ou colloïdes dans un cristalloïde isotonique) ou avec un cristalloïde (solution saline normale, Ringer lactate ou solution saline hypertonique).

Selon les recommandations pour la pratique clinique, une perte inférieure à 700 ml peut être compensée par des cristalloïdes, une perte de plus de 700 ml nécessite d'emblée l'apport de macromolécules et une perte de plus de 1 500 ml de la masse sanguine nécessite une transfusion sanguine en plus du remplissage initial.

L'indication de la transfusion est portée lorsque l'hémoglobinémie est inférieure à 7 g/l chez le sujet sans facteur de comorbidité et à 8-10 g/l lorsqu'il existe une pathologie associée en particulier coronarienne.

- Poser une sonde urinaire pour contrôler la diurèse.
- Surveillance des paramètres

Il s'agit de la fréquence cardiaque, la diurèse horaire et l'état général du malade, l'hématocrite, le monitorage de l'électrocardiogramme ou des constantes hémodynamiques.

1.4.5. Diagnostique étiologique

1.4.5.1. Interrogatoire

Il permet dans un premier temps de recueillir : les renseignements généraux du malade, les circonstances de survenue, le mode d'extériorisation, les signes fonctionnels associés [11].

Dans un second temps, il s'agira essentiellement de connaître les :

- ATCD médicaux :
  - Constipation chronique, MICI, maladie hémorroïdaire, tumeur colo-rectale, diverticule, UGD, coagulopathie.
  - Comorbidités : HTA, insuffisance coronarienne, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale.
- ATCD chirurgicaux : chirurgie colo-rectale, chirurgie intestinale.
- Prise médicamenteuse : AINS, anticoagulant, ATB, charbon, fer.

1.4.5.2. Examen physique

Il consiste à faire un examen aussi complet que possible sans oublier le toucher rectal. Cet examen physique revient à rechercher des signes spécifiques orientant vers une étiologie [12].

- Examen de l'abdomen : il faudra rechercher la présence d'une cicatrice abdominale, d'une douleur abdominale ou d'une masse abdominale.
- Examen proctologique : il est très informatif en matière du diagnostic étiologique ; il est douloureux en cas de fissure anale. Une masse rectale peut être palpée, de même qu'un polype prolabé.

1.4.5.3. Examen paraclinique

1.4.5.3.1. Examens biologiques

Certains examens biologiques sont demandés pour évaluer le retentissement de l'hémorragie (NFS, urée, créatinine) et pour orienter la conduite à tenir.

Le taux de plaquettes, le TP et le TCA peuvent être demandés pour rechercher une coagulopathie.

La VS, les ANCA et les ASCA peuvent être demandés en cas de suspicion de maladies inflammatoires de l'intestin notamment la maladie de Crohn et la RCH.

Si une cause infectieuse est suspectée, la CRP et la recherche du germe responsable par coproculture et parasitologie des selles seront nécessaires.

1.4.5.3.2. Endoscopie digestive

L'endoscopie est l'outil diagnostique majeur dans l'exploration des hémorragies digestives. Son utilisation présente un intérêt diagnostique et thérapeutique.

- Intérêt diagnostique :

Elle identifie et localise la cause du saignement dans plus de 90% des cas.

- Intérêt thérapeutique :

L'endoscopie permet de traiter une éventuelle hémorragie active et de prévenir la récidive qui est le principal facteur pronostique de décès.

On distingue 3 méthodes d'hémostase endoscopique [13] :

- les méthodes chimiques : les injections de sérum adrénaliné essentiellement, c'est-à-dire l'adrénaline diluée au 1 /10000 ou de poudre hémostatique.
- les méthodes thermiques : coagulation monopolaire (électrocoagulation au plasma argon ++) ou bipolaire.
- les méthodes mécaniques : pose de clips hémostatiques ou ligatures élastiques.

❖ **Endoscopies digestives basses**

La valeur des informations obtenues par l'ano-recto-sigmoïdoscopie ou coloscopie se rapporte à l'expérience de l'observateur, au degré de coopération du patient, et à la réussite de la préparation colique.

L'ano-recto-sigmoïdoscopie est précédée de lavements évacuateurs au phosphate mono- et di-sodique (Normacol Lavement : flacon de 130 ml). Deux lavements au moins sont nécessaires, le dernier étant réalisé 4 heures avant l'acte. L'exploration s'effectue habituellement jusqu'à l'angle sigmoïdo-colique [14]. La progression au-delà est douloureuse et ne peut en règle être pratiquée que sous anesthésie.

- **Principe de l'endoscopie digestive basse** [15]

Le principe est de faire pénétrer, sous anesthésie le plus souvent générale, un tube flexible équipé d'une caméra (endoscope) dans les voies digestives par l'anus. L'endoscope transmet les images de la paroi

digestive le long de son trajet. Le médecin gastro-entérologue visualise ainsi la surface interne du colon sur un écran et peut enregistrer les images reçues.

- **Matériels** [15]

Pour pratiquer une endoscopie basse, le médecin utilise un câble souple de 1 cm de diamètre, le coloscope. Sa longueur et ses particularités varient en fonction du type d'endoscopie basse. En général, il est d'une longueur allant de 1,5 à 2 mètres. À l'extrémité du câble sont positionnées une source lumineuse et une ou plusieurs caméras vidéo miniaturisées. À l'intérieur du câble, peuvent se trouver :

- un tube destiné à insuffler de l'air ou du dioxyde de carbone (gaz carbonique) ;
- un tube destiné à aspirer l'air ou les liquides, voire à injecter du liquide pour nettoyer la surface du tube digestif ou la caméra vidéo ;
- un tube pour passer les instruments chirurgicaux (par exemple, pour faire des prélèvements ou enlever un polype, ou pour coaguler un petit vaisseau sanguin).

Un système de commande situé à l'extérieur permet au médecin de faire pivoter l'extrémité de l'endoscope dans toutes les directions pour aider sa progression dans le tube digestif. La rigidité du câble peut également être modifiée par le médecin (plus ou moins souple), ce qui l'aide à faire avancer le câble.

Certains endoscopes possèdent trois caméras vidéo qui enregistrent les images situées devant leur extrémité, mais aussi de chaque côté un peu vers l'arrière. Ainsi, le médecin a une vision du tube digestif à quasiment 360°.

- **Technique et résultat** [16]

La coloscopie s'effectue sous anesthésie générale. Une fois le patient endormi et placé sur le côté gauche ou sur le dos, le médecin gastro-entérologue introduit le coloscope dans le rectum par l'anus. Ensuite, le médecin le fait remonter le long du rectum puis du côlon, jusqu'à la jonction iléo-caecale. Il visualise la progression sur un écran vidéo et peut s'aider en injectant un peu d'air ou de gaz carbonique. Cette étape prend dix minutes en moyenne.

Une fois le coloscope parvenu à destination, l'examen visuel du côlon peut commencer. Il se déroule donc en retirant progressivement et lentement le coloscope. À ce stade, le médecin insuffle une plus grande quantité d'air pour déplisser le côlon et voir ainsi ses parois. C'est cet air qui provoque les sensations de ballonnement ressenties après une coloscopie. Le médecin essaie d'en aspirer le maximum en fin d'examen, néanmoins, il en persiste toujours un peu. L'usage de dioxyde de carbone (gaz carbonique) plutôt que d'air réduit les ballonnements après l'examen.

Dans certains cas particuliers, par exemple chez les personnes qui souffrent de syndrome de Lynch ou de polypose adénomateuse familiale, le médecin peut injecter un colorant dans le côlon, qui l'aide à identifier les lésions qui ne sont pas en relief. On parle alors de « chromo-endoscopie ».

En l'absence de lésions de la paroi intestinale, l'examen complet du côlon et du rectum prend entre 20 et 30 minutes. Ainsi, une coloscopie complète dure entre 30 et 40 minutes environ.

Lors de la coloscopie, le médecin peut visualiser des éléments anormaux de la paroi interne du côlon et du rectum. Par exemple, une inflammation ou des lésions : ulcères, polypes, adénomes, tumeurs, etc. Si nécessaire, il peut prélever

un fragment de la surface du côlon (une biopsie) qui sera envoyé au laboratoire pour analyse histopathologique.

Dans le cadre du dépistage et du suivi du cancer colorectal, la coloscopie permet de rechercher la présence de polypes, d'adénomes ou de tumeurs. Pour enlever les polypes, le médecin introduit dans le câble du coloscope un outil appelé « anse diathermique ». Il s'agit d'une sorte de petit lasso avec lequel il va saisir le polype et le retirer en brûlant sa base : c'est la « polypectomie ». Lorsque l'adénome est sessile, il peut l'enlever avec une pince adaptée ou le brûler sur place.

Selon l'aspect du polype, il peut décider de le prélever et de l'envoyer au laboratoire d'analyses, comme une biopsie. Si le polype est trop gros pour être retiré via le coloscope, le médecin en prélève un fragment.

- **Complications** [16]

  - Une hémorragie après l'ablation d'un polype, soit immédiatement, soit une à trois semaines après la coloscopie (0,2 à 3 % des personnes examinées) ;

  - Une perforation du côlon, immédiate ou dans les jours qui suivent la coloscopie (0,1 à 2 % des personnes examinées) ;
  - Une infection, dans moins de 4 % des cas (les personnes à risque infectieux peuvent recevoir un traitement antibiotique préventif avant la coloscopie) ;

❖ **Vidéocapsule endoscopique**

- **Technique et résultat**

La vidéocapsule endoscopique (VCE) intestinale a été développée en 2000 par la firme Given Imaging. Mesurant 11 mm × 26 mm, elle est équipée d'une batterie d'une autonomie de sept à huit heures et acquiert deux images par seconde. La seconde génération de VCE a un champ de vision plus profond, une luminosité plus intense permettant une visualisation de la muqueuse intestinale de meilleure qualité. Les images sont transmises via des capteurs cutanés à un boîtier d'enregistrement que le patient porte à sa ceinture. L'enregistrement est ensuite téléchargé sur une station de travail pour être lu. Le temps de lecture est d'environ 30 à 45 min. La procédure d'ingestion est simple. Un jeûne de 12 h est nécessaire avant l'ingestion. Après l'ingestion, le patient peut boire deux heures plus tard et manger quatre heures plus tard. Durant l'enregistrement (sept à huit heures), le patient est libre de ses mouvements et peut regagner son domicile [17].

- **Complications**

La principale complication de la VCE est la rétention en amont d'une sténose. Une rétention se définit par la présence de la VCE dans le tractus digestif au moins deux semaines après l'ingestion. Elle doit être différenciée d'une stagnation secondaire au transit intestinal [17].

❖ **Entéroscopie**

- **Matériel**

L'entéroscope à double ballon (EDB) est un matériel composé d'un endoscope fin de 8,5 mm de diamètre et de 2300 mm de long associé à un surtube souple de 1450 mm dont le diamètre extérieur est de 12,2 mm. Une

pompe péristaltique permet le gonflement et le dégonflement des deux ballons en latex attachés respectivement à l'extrémité du surtube et de l'endoscope et en contrô1e la pression de manière continue [18].

- **Technique de réalisation et résultat**

Le principe consiste à raccourcir l'intestin grêle sur le surtube dont est muni l'entéroscope. L'endoscope et le surtube sont équipés de ballons en latex à leur extrémité distale, qui seront alternativement gonflés et dégonflés. Par une manœuvre de retrait de l'entéroscope et du surtube avec leurs ballons gonflés dans un segment intestinal, il devient possible de raccourcir l'intestin grêle sur le surtube. Plus précisément, le surtube et l'endoscope sont introduits dans le duodénum, les ballons fixés à l'extrémité de chacun d'entre eux, dégonflés. Ensuite, le ballon du surtube est gonflé dans le duodénum, puis l'entéroscope est poussé le plus loin possible au-delà de l'angle de Treitz. Le ballon fixé à l'extrémité de l'endoscope est alors gonflé, celui du surtube dégonflé et ce dernier, glissé le long de l'endoscope jusqu'à son extrémité distale. Après avoir à nouveau gonflé le ballon du surtube, une manœuvre de retrait de l'ensemble, surtube et endoscope, est effectuée. Ainsi, les boucles gastriques et duodénales sont réduites. Dans un deuxième temps, le ballon de l'entéroscope est dégonflé et l'entéroscope est alors poussé sur 40 cm environ puis son ballon est de nouveau gonflé. Le surtube est à son tour amené au niveau de l'extrémité de l'endoscope après que son ballon ait été dégonflé. Lorsque l'extrémité du surtube est proche de l'extrémité de l'endoscope, son ballon est gonflé, le surtube et l'endoscope, avec leurs ballons gonflés sont retirés, manœuvre réalisée sous contrôle scopique, pour plisser l'intestin grêle sur l'endoscope. La manœuvre de poussée, ballons dégonflés, et de retrait, ballons gonflés du surtube et de l'endoscope est répétée ensuite autant de fois que nécessaire. Par voie haute, il

est ainsi possible de parcourir le jéjunum et la première partie de l'iléon. Par voie basse, la technique est un peu plus délicate notamment lors du positionnement du surtube et de l'endoscope face à la valvule iléo-caecale. I1 est cependant possible d'explorer la dernière partie de l'iléon en progressant suivant le même procédé que pour la voie haute [18].

❖ **Endoscopie haute**

Elle peut être nécessaire dans l'une des deux situations : tout d'abord chez un patient présentant un méléna, et deuxièmement en complément d'une coloscopie non contributive. Dans le premier cas, on trouve souvent des données dans l'histoire clinique permettant de suspecter une pathologie digestive haute (ingestion des anti-inflammatoires non-stéroïdiens ou une maladie du foie, ou encore des épigastralgies) [19]. Elle doit être réalisée par un opérateur expérimenté, de préférence en salle d'endoscopie, en présence d'un personnel formé et avec le matériel d'hémostase nécessaire à disposition. C'est un geste difficile qu'il importe de réaliser avec rigueur. L'état hémodynamique doit être stable.

1.4.5.3.3. Examens radiologiques

Si l'endoscopie digestive n'est pas contributive pour déterminer la localisation du saignement, l'indication des autres examens radiologiques doit être discutée.

- **Echographie abdominale**

Elle permet de visualiser une masse abdominale et donner sa topographie. Elle présente aussi un intérêt dans l'exploration des douleurs abdominales du purpura rhumatoïde en montrant un épaississement des parois duodénales avec rétrécissement de la lumière digestive.

- **Entéroscanner**

L'entéro-scanner est une technique d'exploration de l'intestin grêle qui est particulièrement indiquée dans certains cas de maladie de Crohn, dans le bilan des hémorragies digestives occultes et en cas de recherche de tumeur du grêle. Il est également indiqué pour les cas d'hémorragies actives ; il permet la localisation du saignement et oriente la thérapeutique ultérieure [20].

- **Scintigraphie**

La scintigraphie aux hématies marquées par le technétium 99 peut compléter l'exploration d'une hémorragie digestive basse lorsque la coloscopie et l'artériographie n'ont pas permis de porter un diagnostic et que l'activité de l'hémorragie ne justifie pas une laparotomie exploratrice.

La sensibilité diagnostique est de l'ordre de 50% et sa valeur prédictive positive de 90%. Elle donne des informations souvent imprécises sur la topographie du saignement, qui n'est établie correctement que dans 15% des cas [20].

- **Entéro-IRM**

L'imagerie par résonance magnétique est utile dans les maladies inflammatoires, l'entérocolite nécrosante et l'hématome de la paroi intestinale. L'IRM est en train de devenir l'examen de choix pour l'imagerie de l'abdomen. Elle peut être indiquée chez des patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin qui ne répondent pas au traitement initial.

- **Laparoscopie et laparotomie exploratrice**

Dans des cas particuliers et en l'absence d'un diagnostic étiologique malgré les différentes investigations, une laparoscopie ou une laparotomie exploratrice peut être nécessaire [21]. Il s'agit d'explorations les plus invasives,

donc elles sont rarement effectuées sans avoir suspecté une pathologie chirurgicale. Et avant de les indiquer, il faut tout d'abord éliminer toutes les causes non-chirurgicales, il faut les réaliser à distance d'une coloscopie car la distension gazeuse causée par cette dernière peut masquer la cause recherchée. La laparotomie a un intérêt diagnostique et thérapeutique ; des entérotomies multiples et l'injection du bleu de méthylène peuvent aider à la recherche du point de saignement. En effet, un diagnostic topographique précis de l'hémorragie colique en préopératoire diminue la mortalité et la morbidité postopératoires des colectomies segmentaires et totales. Dans cette optique, la réalisation d'une coloscopie peropératoire peut être nécessaire.

1.4.5.4. Etiologies des HDB

Plusieurs affections peuvent être retrouvées parmi les étiologies des hémorragies digestives basses. Il s'agit principalement de :

- Causes grêliques
    - Le diverticule de Meckel
    - Les tumeurs de l'intestin grêle
    - Les angiodysplasies
    - La MC
- Les causes colo-rectales
    - Les polypes coliques
    - Les diverticuloses coliques
    - Les tumeurs colo-rectales
    - Les colites infectieuses
    - Les rectites
    - Les RCH
    - La MC
- Les causes anales

- Les maladies hémorroïdaires
- Les fissures anales

1.4.5.4.1. Le diverticule de Meckel

Le diverticule de Meckel est la malformation la plus fréquente du tractus digestif. C'est une évagination intestinale, due à la persistance du canal omphalo-mésentérique, implantée sur le bord anti-mésentérique de l'iléon terminal à moins de 1 mètre de la valvule iléo-caecale et tapissée par une muqueuse comparable à celle de l'iléon. Ses complications sont de type hémorragique, occlusive, infectieuse et exceptionnellement tumorale ou herniaire [22]. Les hémorragies sont dues à une ulcération peptique de l'iléon adjacent au diverticule de Meckel. Elle est secondaire à la sécrétion d'acide chlorhydrique par un îlot d'hétérotopie gastrique du diverticule. Le saignement indolore est souvent massif, parfois minime mais récidivant. En pratique, seule la laparotomie ou la cœlioscopie permettent un acte diagnostique et thérapeutique.



Figure 6 : diverticule de Meckel diagnostiqué par laparoscopie exploratrice au Leeds General Infirmary en 2010 [23]

1.4.5.4.2. Les angiodysplasies

L'angiodysplasie est une lésion vasculaire acquise superficielle, unique ou multiple, développée dans la muqueuse et/ou la sous-muqueuse de la paroi du tube digestif, sans être associée à une lésion angiomateuse cutanée ou viscérale. L'aspect typique d'une angiodysplasie est celui d'une « tache » rouge vif arrondie, à contours irréguliers, légèrement surélevée et le plus souvent de petite taille, inférieure à 10 mm [24].

Certaines situations peuvent être associées à la présence d'angiodysplasies comme le rétrécissement aortique, la maladie de Von Willebrand, l'insuffisance rénale chronique et, plus rarement, l'hépatopathie chronique [25].

1.4.5.4.3. Les MICI

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) se divisent en deux catégories : la Rectocolite Hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC) [19]. Toutes deux se caractérisent par une inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif, due à une dérégulation du système immunitaire intestinal.

Dans la maladie de Crohn, l'inflammation peut toucher tous les segments du tube digestif, mais se localise le plus souvent au niveau de l'intestin et touche fréquemment l'iléon terminal, avec ou sans atteinte colique. Dans la rectocolite hémorragique, l'inflammation affecte toujours la partie basse du rectum et remonte plus ou moins dans le côlon. L'intestin n'est jamais touché.

Lors des poussées inflammatoires, les MICI se caractérisent le plus souvent par des douleurs abdominales, des diarrhées fréquentes, parfois sanglantes ou encore une atteinte de la région anale (fissure, abcès).

Lorsque des symptômes cliniques évoquent une MICI, un bilan biologique est réalisé en premier lieu. Il permet de détecter un syndrome

inflammatoire grâce au dosage sanguin de la protéine C Réactive (CRP) et de rechercher la présence de calprotectine dans les selles. En effet, cette dernière se retrouve dans les selles uniquement en cas d'inflammation sévère de l'intestin.



Figure 7 : ulcération de Crohn (Hôpital Paris Saint-Joseph en 2023) [26]

1.4.5.4.4. Les polypes coliques

Le terme de polype désigne toute formation bien circonscrite sessile ou pédiculée qui fait saillie dans la lumière intestinale. Les polypes sont le plus souvent uniques (73 %), parfois multiples. Seule l'endoscopie, avec la réalisation de biopsies ou l'exérèse de polypes, permet un diagnostic anatomopathologique précis. De ce diagnostic histologique découle la conduite à tenir.

On distingue des polypes d'origine non épithéliale (inflammatoires, lymphoïdes, léiomyomateux, lipomateux et neurofribomateux) et des polypes d'origine épithéliale (hyperplasiques, hamartomateux, adénomateux ou néoplasiques) [27].

A travers la coloscopie, le polype juvénile est une masse arrondie à surface lisse, luisante, rouge vif, saignant parfois au contact. Sessiles au début, mais 90% des polypes juvéniles sont pédiculés. Le pédicule, parfois amputé du corps du polype spontanément éliminé, est le plus souvent fin, de coloration rose pâle, identique à celle de la muqueuse normale ; sa base d'implantation est toujours plus large que son extrémité distale. Sur la tranche de section du

polype, de nombreux microkystes remplis de mucus apparaissent. Le polype est unique dans 75% des cas. Le polype hyperplasique apparait comme une petite élevure lenticulaire de 3 à 5 mm de diamètre [28].

L'HD est souvent de faible abondance, et faite de sang rouge enrobant ou suivant les selles.

La classification endoscopique de Paris subdivise les lésions néoplasiques superficielles de l'œsophage, de l'estomac et du côlon selon 3 catégories :

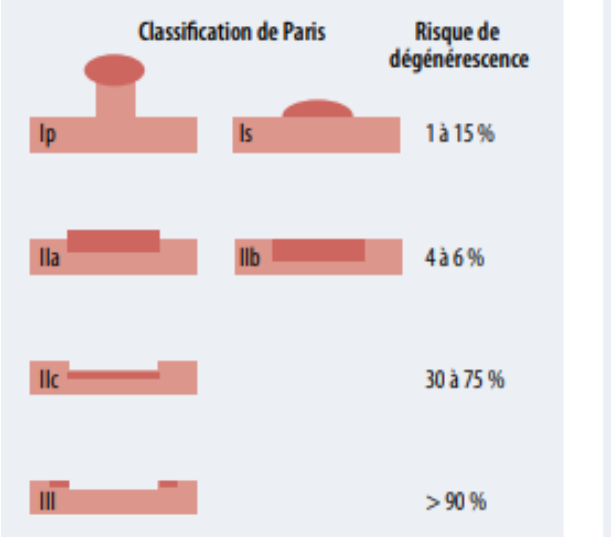


Figure 8: classification de Paris et risque d'envahissement sous muqueux [29]

- Ip : polype pédiculé
- Is : polype sessile
- IIa : lésion plane et surélevée
- IIb : lésion plane
- IIc : lésion déprimée
- III : lésion ulcérée

1.4.5.4.5. Les tumeurs colo-rectales

Ce sont des proliférations anarchiques des cellules glandulaires échappant aux mécanismes de régulation de l'organisme siégeant en un point quelconque du côlon allant du caecum au rectum [30].

La majorité des tumeurs colo-rectales résulte de la transformation d'un polyadénome. Ce dernier est une tumeur bénigne à potentiel malin (10 à 15% des adénomes sporadiques dégénèrent). Le risque de dégénérescence des polypes dépend [30]:

- de leur type histologique (les polypes villeux dégénèrent plus vite que les polypes tubuleux) et du degré de dysplasie.
- de leur taille : les adénomes volumineux sont plus à risque de dégénérescence (le pourcentage de dégénérescence est de 1% si la taille du polype est inférieure à 10 mm et 50% si elle est supérieur à 25 mm).

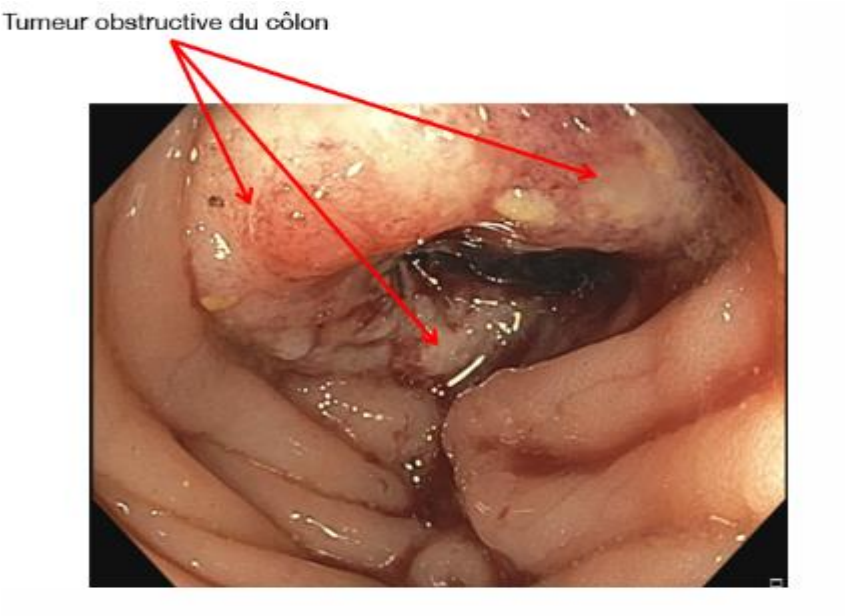
Le délai pour qu'un polype dégénère est d'au moins cinq ans.

Le risque de tumeurs colo-rectale est augmenté en cas d'antécédent personnel de colite inflammatoire : la RCH, maladie de Crohn colique, d'antécédents de cancer colique ou d'adénome colique [30].

Sur le plan macroscopique, les tumeurs colo-rectales se traduisent soit par une tumeur bourgeonnante et peu ulcérée, soit une tumeur végétante ou ulcéro-végétante, à implantation large ou par une tumeur squirreuse, beaucoup plus rare ; cette dernière est infiltrante et sténosante, épaississant et rigidifiant la paroi colique.

Sur le plan microscopique, il s'agit de l'adénocarcinome lieberkuhnien**,** fait de structures glandulaires (tubulaires, acineuses ou papillaires) bien différencié (75%), moyennement différencié (10%) et peu différencié (5%). On

y retrouve également des colloïdes qui sont des cellules contenant du mucus. Les sarcomes quant à eux, sont très rares (lymphosarcomes, léïomyosarcomes) [30].

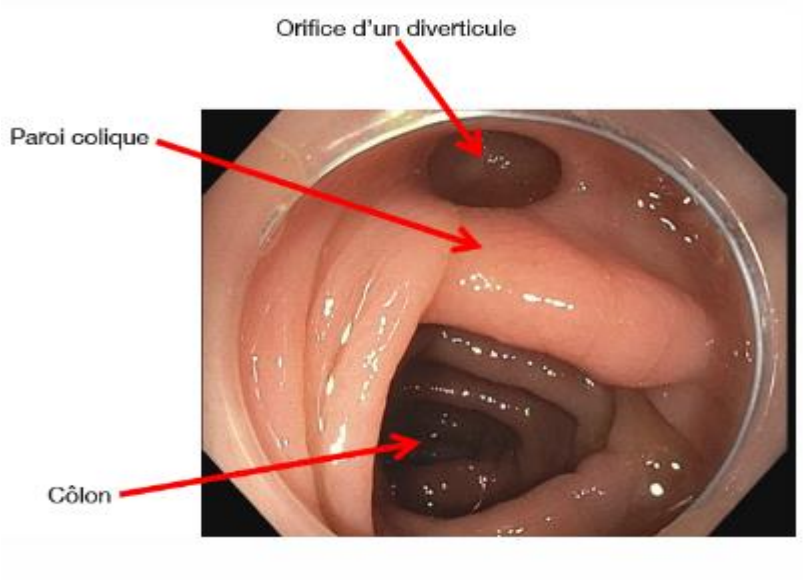


<u>Figure 9</u> : tumeur obstructive du colon visualisée au cours d'une endoscopie digestive basse au CHU de Bordeau en 2018 [31].

1.4.5.4.6. <u>Les diverticuloses coliques</u>

Les diverticules coliques (DC) correspondent à des hernies hors de la paroi colique.

La plupart des auteurs ne s'accordent pas sur le même mécanisme, toutefois les approches explicatives notent à l'origine : une érosion artérielle juxta-diverticulaire en rapport avec une diverticulite, une rupture de veinules à l'effort, une stase veineuse par contracture spasmodique de la musculature du segment pathologique, une invagination en doigt de gant du diverticule dans la lumière colique avec ulcération muqueuse. La perforation d'un diverticule s'ouvrant dans un vaisseau du mésocolon, entraîne l'apparition d'hémorragies digestives [32].



<u>Figure 10</u> : diverticulose colique visualisée lors d'une endoscopie digestive basse au CHU Bordeau en 2018 [33]

Les diverticuloses peuvent également se compliquer et on les classe en complications aigues et chroniques.

La complication aiguë la plus fréquente est la diverticulite. Il s'agit d'une inflammation des diverticules qui se manifeste par une douleur importante dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, associée à de la fièvre. Dans ce cas-là, une prise de sang est réalisée et montre une inflammation (augmentation des globules blancs et de la Protéine C réactive.

Parmi les autres complications aiguës, on retiendra le saignement des diverticules qui peut être majeur et constituer un véritable choc hémorragique [34].

Les complications chroniques sont [34] :

- La fistule colo-vaginale ou colo-vésicale. Il s'agit d'une communication anormale entre le côlon et le vagin ou entre le côlon et la vessie. Le diagnostic est fait par la présence de matières fécales et/ou de gaz dans le

vagin ou dans la vessie. Dans ce cas, une coloscopie et un examen gynécologique ou urologique sont réalisés.

- La sténose du côlon. Il s'agit d'un rétrécissement du calibre de la lumière du tube digestif en lien avec un épaississement de la paroi. Dans ce cas-là, une coloscopie est réalisée pour éliminer une tumeur du côlon.

1.4.5.4.7. Les colites infectieuses

La colite infectieuse est une pathologie courante qui engendre habituellement des diarrhées aiguës. La production de selles sanglantes provient d'une effraction de la muqueuse causée, le plus souvent, par des bactéries entéro-invasives mais une origine virale ou mycosique peut aussi en être en cause. Le diagnostic repose essentiellement sur la coproculture et l'examen parasitologique des selles [19].

Les germes entéropathogènes responsables de colites infectieuses caractérisées par une diarrhée fébrile glairosanglante sont : Yersinia, Campylobacter jejuni, Escherichia Coli entéropathogène, Salmonella et Shigella.

Les colites hémorragiques chez le sujet immunodéprimé par traitement immunosuppresseur ou par infection par le virus de l'immunodéficience humaine doivent faire rechercher dans les selles et par biopsie certains agents pathogènes, en particulier le cytomégalovirus, la cryptosporidie, l'isospora belli et l'Aspergillus. L'infection à protozoaire la plus commune du côlon est l'amibiase.

1.4.5.4.8. Les fissures anales

Une fissure anale est une plaie douloureuse de l'anus. Elle est en forme de raquette et est due à une petite déchirure de la peau de l'anus. Elle se localise le plus souvent sur la face postérieure de l'anus. Elle peut être causée par le passage de selles dures ou volumineuses.

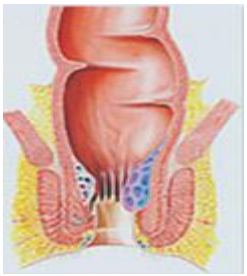
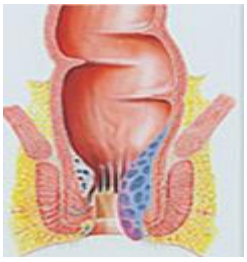
1.4.5.4.9. La maladie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire (MH) est la pathologie anale qui a rapport avec une anomalie des plexus hémorroïdaires internes et externes. Les facteurs prédisposants sont multiples [35] :

- Age : survient souvent chez l'adulte jeune
- Sexe : elle atteint aussi bien les hommes que les femmes
- Troubles du transit intestinal : constipation ou diarrhée
- Épisodes de la vie génitale : période menstruelle, grossesse, accouchement
- Facteurs alimentaires : alcool, épices, café
- Mode de vie : sédentarité, position de travail assis ou debout prolongé
- Certains sports : moto
- Contraceptifs oraux
- Troubles métaboliques : hyperuricémie, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie.

Dans tous les cas, une coloscopie doit être faite pour éliminer une lésion colo-rectale associée car « les hémorroïdes sont souvent l'arbre qui cache la forêt »

Tableau IV: Classification de la maladie hémorroïdaire selon Goligher [36].

Grade anatomique	Degré de procidence
Grade 1	 Aucun prolapsus
Grade 2	 Prolapsus réductible spontanément
Grade 3	 Prolapsus avec réduction manuelle
Grade 4	 Prolapsus non réductibles

1.5. Traitement

1.5.1. But

- Arrêter l'hémorragie
- Restaurer la volémie
- Assurer la cicatrisation des lésions causales.
- Prévenir les récidives

1.5.2. Moyens

1.5.2.1. Mesures hygiéno-diététiques

- C'est la suppression des épices, du thé, café, des charcuteries et de l'alcool [35].
- Régulariser le transit intestinal en utilisant un régime riche en fibre [35].
- Deux à trois fois par jour, et après la selle, nettoyage et lavage de l'anus avec un produit antiseptique local (Mercryl, dermacide, savon de Marseille, savon Palmida).

1.5.2.2. Moyens médicaux

- Les veinotoniques : ils sont faits à base de dérivés flavonoïdes (Daflon®), ils améliorent la circulation veineuse.
- Les pommades anti-hémorroïdaires : ce sont des pommades à base du bismuth de zinc à l'hydrocortisone, de la Titanoréine®.
- La lactulose : ce sont des médicaments permettant de lutter contre la constipation (Duphalac®).
- Les antalgiques : ils sont utilisés pour calmer les douleurs abdominales associées ; les antispasmodiques (Spasfon®), le paracétamol.

- Les antibiotiques : amoxicilline, métronidazole, clarithromycine.
- Les anti-inflammatoires : salazopyrine
- Les corticoïdes : bétaméthasone
- Les immunosuppresseurs : azathioprine, méthotrexate, ciclosporine.

1.5.2.3. Moyens instrumentaux

- Le traitement sclérosant : c'est l'injection sous contrôle endoscopique dans la sous-muqueuse rectale juste au-dessus du bourrelet hémorroïdaire interne, d'une solution sclérosante. Il s'agit soit du polidocanol ou du chlorhydrate double de quinine et d'urée qui est injecté en zone sus hémorroïdaire provoquant ainsi une nécrose tissulaire. Les injections peuvent être réalisées sur toute la circonférence [36]. Plusieurs cas de complications infectieuses sévères ont été rapportées, à type d'abcès rétro péritonéal ou de cellulite périnéale à germes de la flore fécale (germes anaérobies et bacilles gram négatifs) [37].
- La ligature élastique : La ligature élastique nécessite un ligateur et un système d'aspiration. À travers un anuscope, un élastique est largué à la base d'un paquet hémorroïdaire aspiré. La ligature doit impérativement être réalisée à au moins un centimètre au-dessus de la ligne pectinée. Les tissus ligaturés se nécrosent rapidement et le sphacèle est éliminé en quelques jours, conduisant à la formation d'une escarre dont la cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines [36]. Des effets indésirables mineurs sont très fréquents (douleurs et/ou rectorragies de faible abondance) [38]. La survenue d'une douleur immédiate très intense peut être la conséquence d'une ligature posée trop près de la ligne pectinée imposant l'ablation de l'élastique.

- La photocoagulation : La photocoagulation infrarouge nécessite un photocoagulateur à rayons infrarouges qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisé sur une tige en quartz au point d'application. Chaque point de photocoagulation dure environ 1 seconde et crée une brûlure circulaire de 6 mm de diamètre. La cicatrisation obtenue en 3 semaines induit une coagulation des capillaires et une fibrose cicatricielle [36]. Ses effets secondaires possibles sont rares et non graves à type de gêne transitoire, douleurs modérées, rectorragies minimes [38].
- La cryothérapie : elle utilise la congélation des hémorroïdes à l'aide d'une cryode où circule de l'azote liquide ou du protoxyde d'azote : soit « cryo-sclérose » en application relativement brève (30 à 60 secondes), soit « cryo-destruction » : le tissu est réfrigéré pendant 3 à 4 minutes et se nécrose, en laissant une plaie qui est assez souvent douloureuse, source de suintements nauséabonds dont se plaignent les patients. Après un engouement initial, cette technique n'est plus guère utilisée seule [39].

1.5.2.4. Moyens endoscopiques

- Il s'agit essentiellement de la polypectomie endoscopique. L'ESGE (Société Européenne d'Endoscopie) recommande que tout polype soit décrit selon son aspect macroscopique dans la classification de Pari [40]. Les principales complications sont les hémorragies et la perforation [40]
- Les injections d'adrénaline
- La pose de clips
- L'électrocoagulation au plasma argon

1.5.2.5. Moyens chirurgicaux

- Traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire : la technique la plus utilisée est celle de l'hémorroïdectomie pédiculaire de MILLIGAN et MORGAN [35].
- Traitement chirurgical des MICI
- Traitement chirurgical des tumeurs colo-rectales : en fonction de la topographie de la tumeur et du stade, on peut faire [30] :
    - une hémi-colectomie droite ou gauche ;
    - une colectomie segmentaire ;
    - une colectomie sub-totale ;
    - une colectomie totale ;
    - une colectomie élargie.

1.5.3. Indications

1.5.3.1. La maladie hémorroïdaire

- Mesures hygiéno-diététiques : ils s'imposent dans tous les cas.
- Moyens médicaux

Le traitement de première intention de la maladie hémorroïdaire est toujours médical. Il a pour objectif de soulager des symptômes hémorroïdaires et prévenir leur récidive [36].

Les veinotoniques à forte dose sont utilisés, il s'agit par exemple de Daflon® 1000mg trois fois par jour.

Les pommades anti-hémorroïdaires comme la Titanoréine® une application trois fois par jour.

Il faut également lutter contre la constipation en utilisant un laxatif ; Duphalac® un sachet trois fois par jour.

- Moyens instrumentaux

Ils sont utilisés en cas d'échec des moyens médicaux. La ligature élastique est le moyen instrumental le plus utilisé. Le traitement instrumental est réservé à l'échec du traitement médical d'une maladie hémorroïdaire de grades I, II et III non circulaire [36].

- Moyens chirurgicaux :

Ils sont envisagés après échec des autres moyens. En cas de grade III circulaire et grade IV, la chirurgie est à privilégier en l'absence de contre-indication ou refus du patient [36].

1.5.3.2. Les polypes

La polypectomie endoscopique est indiquée pour tout cas de polypes diagnostiqués. Elle est associée à des prélèvements biopsiques pour examen anatomopathologique.

1.5.3.3. Les tumeurs colo-rectales

- Tumeurs opérables

Pour les tumeurs isolées sans métastases, une hémi-colectomie gauche ou droite peut être réalisée.

Lorsque les organes de voisinages sont envahis, on fera une colectomie élargie ou segmentaire selon les cas.

En cas de métastases hépatiques segmentaires en dehors du pédicule, une résection colique segmentaire associée à métastasectomie ou segmentectomie ou lobectomie gauche ou droite peuvent être réalisées.

Une chimiothérapie adjuvante systémique, associant 5 fluoro-uracile (5 FU) et acide folinique (FUFOL), est envisagée après chirurgie à visée curative [30].

- Tumeurs non opérables

Lorsque la tumeur n'est pas opérable et met en occlusion le côlon, on peut procéder à une dérivation interne (iléo-transverse, iléo-sigmoïdienne, colo-colique), ou une dérivation externe (iléostomie, colostomie latérale, colostomie terminale) [30].

1.5.3.4. Diverticuloses coliques

- Mesures hygiéno-diététiques
- Traitement médical

Le traitement de la diverticulose non compliquée est essentiellement conservateur, consistant en une diète liquide et un traitement antalgique. L'hospitalisation s'impose en cas de douleurs abdominales sévères et/ou de comorbidités importantes [41].

Il est fait d'antalgiques ; Spasfon® 80mg deux comprimés deux à trois fois par jour et des régulateurs du transit (Duphalac® en cas de constipation et Lopéramide en cas de diarrhée).

- Traitement chirurgical

Il sera envisagé dans les formes compliquées. Le seul traitement curatif de la diverticulose est chirurgical. Il consiste en la résection d'une partie du côlon gauche, jusqu'à la jonction avec le rectum ; cela pour enlever toute la zone d'épaississement de la musculeuse. L'étendue de la résection, dépend de l'étendue de la diverticulose, de son importance, des réactions inflammatoires éventuellement présentes lors de l'opération [5].

1.5.3.5. RCH

- Mesures hygiéno-diététiques

Elles reposent sur le régime d'épargne colique et la mise au repos du côlon en cas de poussée.

- Traitement médical

Il est fait dans un premier temps des antispasmodiques contre les douleurs abdominales, en ce qui concerne le traitement symptomatique.

Dans un second temps et avec comme un objectif le traitement de fond, les aminosalycilates (Salazopyrine) sont utilisés avec leur action anti-inflammatoire locale associés aux corticoïdes (prednisone, bétaméthasone).

Les immunosuppresseurs comme l'azathioprine (6-mercaptopurine) sont utilisés lorsque les corticoïdes ne sont pas suffisamment efficaces, de même que les biothérapies : anti-TNF (infliximab).

- Traitement chirurgical

Il est envisagé en cas d'échec du traitement médical et consiste en fonction du cas à une coloprotectomie qui est l'exérèse de tout le segment colique malade et du rectum ou à une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale.

1.5.3.6. Maladie de Crohn

- Traitement médical : il est identique à celui de la RCH
- Traitement chirurgical

Le dogme de l'économie domine toujours les indications chirurgicales de la maladie de Crohn étant donné le danger de récidives successives que ferait courir une chirurgie trop précoce. Classiquement il s'agit d'une chirurgie d'exérèse limitée au segment atteint, pratiquée si possible à froid devant des sténoses irréductibles. La tendance actuelle est d'être conservateur le plus possible et de proposer la dilatation per-opératoire ou per-endoscopique des sténoses plutôt que leur résection.

1.5.3.7. Colites infectieuses

Le traitement repose sur une antibiothérapie dont le choix est fonction du germe en cause. Les macrolides, s'il s'agit de *Campylobacter*, ceftriaxone dans

les autres cas. Les fluoroquinolones seront utilisées en cas de fièvre typhoïde. Le traitement de l'amibiase consiste en l'administration d'amœbicides (déhydroémétine, métronidazole) et d'amoébicides de contact (hydroxykinoléïne) chez les porteurs sains [19].

1.5.3.8. Fissures anales

- Mesures hygiéno-diététiques
- Traitement médical :

En cas de fissure simple, le traitement de première intention passe par un traitement médical ayant plusieurs buts. D'abord il s'agira de soulager la douleur, ce qui entraînera une levée de l'hypertonie et par là-même favorisera la revascularisation locale et ainsi la cicatrisation. Le traitement antalgique pourra associer un anti-inflammatoire non stéroïdien, un antalgique type paracétamol +/- associé à un dérivé morphinique, et un myorelaxant [42].

En cas d'échec de ce traitement médical de première ligne, qui doit toujours être tenté, d'autres traitements non chirurgicaux existent, visant à diminuer le tonus sphinctérien pour aider la plaie fissuraire de l'anoderme à se refermer, en favorisant la revascularisation locale [43].

- Traitement chirurgical

Deux techniques sont envisageables : la sphinctérotomie latérale interne (ou mini-sphinctérotomie), et la fissurectomie éventuellement associée à une anoplastie [44].

La première consiste à sectionner une partie du sphincter anal interne, afin de diminuer l'hypertonie anale et améliorer la vascularisation locale, ce qui permet une cicatrisation spontanée de la fissure, qui n'est pas nécessairement réséquée. Elle est pratiquée latéralement, avec ou sans ouverture cutanée ; on réalise une section partielle du sphincter sur sa hauteur, et partielle, voire complète, dans son épaisseur, sans jamais dépasser la ligne pectinée [45].

La fissurectomie consiste en la résection du tissu lésé, laissant place à une plaie plus large que la fissure, en zone saine, qui cicatrisera de façon dirigée. Elle seule offre la possibilité de faire analyser histologiquement la fissure.

1.5.4. Surveillance et évolution

1.5.4.1. Surveillance

Elle est clinique et paraclinique. A la clinique il faut contrôler : l'état général, les muqueuses, la tension artérielle, le pouls, la température, la conscience, l'aspect des selles et la survenue ou pas d'un autre épisode d'hémorragie.

A l'examen paraclinique, il faut faire des contrôles du taux d'hémoglobine, de l'hématocrite, de l'ionogramme sanguin, de l'urée-créatininémie ; sans oublier une endoscopie digestive basse de contrôle.

1.5.4.2. Evolution

L'évolution des HDB est le plus souvent favorable. Dans 80 – 90% l'HDB s'arrête spontanément ou sous traitement [7].

Cependant, malgré différentes attitudes thérapeutiques, les récidives conduisant au décès sont courantes dans certains cas d'HDB. La récidive et la mortalité des HDB dépendent : de l'âge, des comorbidités et de la gravité de l'hémorragie.

1.6. Pronostic

Il est fonction de la gravité de l'hémorragie, de sa cause, du terrain et des possibilités de prise en charge. La mortalité est plus liée à la comorbidité qu'à l'épisode hémorragique lui-même. La survenue d'une récidive hémorragique majore le risque de décès ; la mortalité des HDB varie entre 2 et 8% [46]. C'est la raison pour laquelle le traitement endoscopique précoce doit être optimal et

viser à obtenir une hémostase définitive. Cela impose de réaliser l'endoscopie dans les meilleures conditions possibles chez un malade réanimé, si possible sédaté, et en présence d'une équipe d'endoscopie expérimentée et bien équipée.

1.7. Prévention

1.7.1. Prévention primaire

Elle regroupe les différentes attitudes et les différents réflexes que doivent avoir les patients afin de prévenir la survenir des HDB. Il s'agit de

- Alimentation riche en fibre.
- Consulter automatiquement dès l'apparition du premier épisode d'HDB.
- Eviter l'automédication notamment de l'aspirine et des AINS.

1.7.2. Prévention secondaire

Elle consiste en la prise en charge adéquate de l'HDB, pour éviter des récidives.

1.7.3. Prévention tertiaire

Elle concerne les patients qui présentent des récidives. Il s'agira donc de faire recours aux différents moyens thérapeutiques endoscopiques, chirurgicaux voire radiologiques indiqués pour les cas de récidives afin d'assurer la survie des patients.

2. CADRE ET METHODES D’ETUDE

Notre étude s'était déroulée au Bénin, dans l'enceinte du Centre National Hospitalier Universitaire d'Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, plus précisément à la Clinique Universitaire d'Hépato-gastro-entérologie (CU-HGE) et dans le service d'endoscopie digestive de l'hôpital de MENONTIN.

2.1. Centre National Hospitalier et Universitaire – Hubert Koutoukou Maga

C'est l'hôpital de référence du Bénin créé le 30 octobre 1962 au sud de la ville de Cotonou par le premier président de la République du Bénin dont il porte le nom. Il a acquis le statut de centre hospitalier universitaire en 1973 puis en 2001 devient CNHU H.K.M. Il avait à sa création, une capacité de 350 lits. Mais aujourd'hui, sa capacité d'accueil avoisine 1000 lits.

Il a pour vocation :

- d'offrir des soins de référence ;
- d'assurer la formation des agents de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, sage-femmes, infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens) et la formation continue ;
- d'assurer l'enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle.

Il se compose des Services suivants :

- les Services de médecine et spécialités médicales (endocrinologie, neurologie, rhumatologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, médecine interne, cardiologie, psychiatrie, les Services multidisciplinaires à savoir : la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU), le

Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation (SPAR) et le Service de médecine physique et de réadaptation fonctionnel (MPR)

- ❖ les Services de chirurgie et spécialités chirurgicales (traumatologie-orthopédie, chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie) ;
- ❖ les Services de santé maternelle et infantile (Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO), Service de pédiatrie) ;
- ❖ les Services médico-techniques (hématologie, parasitologie, bactériologie-virologie, biochimie, banque de sang, service d'imagerie, pharmacie, kinésithérapie) ;
- ❖ le Service administratif.

Clinique Universitaire d'Hépato – Gastroentérologie

La CU-HGE se situait dans le bloc de médecine, plus précisément en médecine B, dans le même bâtiment que les services de neurologie et d'endocrinologie.

Elle dispose de ressources matérielles et de ressources humaines.

- ❖ Les ressources matérielles

Le service dispose d'un secteur d'hospitalisation qui comprend :

- deux salles de sept lits et une salle de deux lits. Donc une capacité totale de seize lits ;
- quatre salles de garde : une pour les stagiaires internés, une pour les stagiaires externes, une pour les infirmiers et une pour les aides-soignants.

Il possède aussi un centre d'explorations digestives ; situé en face de la salle d'accouchement de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO). Il est érigé dans un bâtiment à 2 étages. Il comporte :

- une salle de consultation ;
- une salle d'endoscopie ;
- une salle d'échographie ;
- une salle de soins et de mise en observation ;
- une salle de rangement ;
- quatre bureaux ;
- un secrétariat ;
- une salle de cours.

Depuis octobre 2022, à la faveur de l'absorption de l'ex HIA par le CNHU, la CU HGE est transférée dans les locaux de la maternité de l'ex HIA.

❖ Les ressources humaines

Le personnel du service est composé de :

- un professeur titulaire d'hépato-gastroentérologie ;
- un Maître de Conférences Agrégé ;
- un assistant ;
- un praticien hospitalier hépato-gastroentérologue ;
- un surveillant ;
- une secrétaire ;
- quatre infirmiers ;
- quatre aides-soignants ;
- des étudiants en médecine (internes et externes), infirmiers et en spécialisation de médecine interne en stage.

La CU-HGE comme toute unité de soins universitaire est chargée du traitement, de la promotion des soins, de la formation, de la prévention et de la recherche en Hépato-Gastroentérologie. Elle reçoit en consultation et en hospitalisation les patients atteints de maladies du tube digestif, du foie et du pancréas.

Les activités de prise en charge des patients hospitalisés concernent essentiellement les patients présentant une cirrhose décompensée, un cancer du foie et des hémorragies digestives. Au niveau du centre d'explorations, des activités de consultation et de traitement ambulatoire des hépatites, des chimiothérapies ambulatoires et des endoscopies digestives sont réalisées.

2.2. Hôpital de Menontin

Le Centre de Santé de Menontin (CSM) aujourd'hui appelé Hôpital de Menontin, a été créé en 1996 grâce à l'Archevêque Feu Monseigneur Isidore de SOUZA avec le concours de la Banque Mondiale. Cette initiative fait suite à l'expérience réussie de la construction du Centre Médical Saint Luc en 1990 par le même Archevêque, alors curé de la paroisse Sainte Rita, aidé par CEBEMO (Organisation Catholique pour la coopération et le développement des Pays Bas). Il a été inauguré le 23 juillet 1996 et a effectivement démarré ses activités le 24 juillet 1996.La gestion du centre fut confiée à une association dénommée "Association Médico-sociale de Menontin'' constituée par l'arrêtée N°91/0140/MISAT/DAI-SI Assoc du 09 septembre 1991. Elle était présidée par Feu Monseigneur Isidore de SOUZA et composée de 15 membres fondateurs. Un mandat de gestion d'une durée de 10 ans renouvelable par tacite reconduction fut signé entre l'Association Médico-sociale de Menontin et le Ministre de la santé publique en date du 12 février 1992. Le centre bénéficie

d'une autonomie administrative et financière dans le respect des clauses dudit mandat et obéit aux règles d'une gestion privée à vocation sociale [47].

L'Hôpital de Menontin est situé dans le 9ième arrondissement de Cotonou au lot 2130-A à Menontin et plus précisément dans la zone sanitaire de Cotonou 05 dont la population était estimée à 25000 habitants. Il est limité au NORD par la voie pavée menant au CEG NOKOUE, au SUD par la voie inter-état Cotonou-Niger, à l'EST par le groupe de presse LA FRATERNITE, à l'OUEST par la voie pavée menant au 1er carrefour après le carrefour de Godomey en allant au stade de l'amitié (terrain de sport de Kouhounou).

La mission principale assignée à L'Hôpital de Menontin (HM) est de permettre aux populations défavorisées du quartier Menontin et des quartiers avoisinants d'accéder à des soins de qualité à moindre coût par la pratique d'une tarification communautaire.

L'HM se fixe comme principaux objectifs :

- de promouvoir avec leur propre participation, le bien-être socio-sanitaire des habitants de Menontin et des quartiers environnants ;
- d'améliorer les conditions d'hygiène, de santé, de vie des populations concernées par l'information, l'éducation, la communication pour la santé;
- de faciliter à ces populations l'accessibilité géographique, et financière aux soins de santé primaires;
- de réaliser une meilleure surveillance des enfants, mères et femmes enceintes et permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires;
- de susciter la participation des habitants à l'amélioration de leur environnement;

❖ de soutenir à moyen terme des actions communautaires visant à la résolution des problèmes socio-économiques.

Service d'endoscopie

Le service d'endoscopie est situé juste derrière la caisse de l'HM. Il est constitué de ressources humaines et matériels.

❖ Ressources humaines
- Un chef service
- Trois spécialistes hépato-gastro-entérologues
- Une surveillante
- Une infirmière
- Quatre aides-soignantes

❖ Ressources matérielles
- Deux gastroscopes
- Deux coloscopes
- Un ordinateur de bureau
- Une imprimante

2.3. Type d'études et période de collecte de données

Notre étude était rétrospective, descriptive et analytique, ayant inclus tous les patients qui avaient présenté une HDB sur la période allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2022.

2.4. Population d'étude

Notre population était constituée de tous les patients reçus en consultation et/ou hospitalisés et traités à la CU-HGE du CNHU-HKM et au service d'endoscopie digestive de l'hôpital de MENONTIN pendant la période d'étude.

2.4.1. Critères d'inclusion

Tous les patients admis durant la période d'étude chez qui le diagnostic d'HDB a été posé. Ce diagnostic était posé en cas :

- d'hématochézie isolée de faible abondance
- ou d'hématochézie de grande abondance et/ou méléna sans anomalie à l'endoscopie digestive haute pouvant expliquer le saignement.

2.4.2. Critères de non inclusion

- Les patients âgés de moins de 18 ans.
- Les patients qui avaient une anémie chronique sans extériorisation d'HDB.
- Les patients qui avaient à la fois une hématémèse et un méléna ou une hématémèse et une hématochézie.

2.5. Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif prenant en compte tous les cas d'HDB correspondant à nos critères d'inclusion durant la période d'étude.

2.6. Variables d'études

2.6.1. Variable dépendante

Il s'agissait de l'HDB extériorisée sous forme d'hématochézie et/ou méléna.

2.6.2. Variables indépendantes

❖ Variables sociodémographiques

- l'âge du patient au moment de l'étude,

- le sexe : masculin ou féminin,
- la profession du patient,
- l'ethnie : le groupe socioculturel auquel appartient le patient,
- le revenu mensuel du patient,
- le lieu de résidence du patient au cours de l'étude.

❖ Variables relatives aux données du diagnostic clinique

- mode d'extérioration de l'hémorragie,
- antécédents pathologiques et médicamenteux,
- durée d'évolution des symptômes,
- délai écoulé entre la consultation et la réalisation de l'endoscopie,
- signes physiques digestifs associés.

❖ Variables relatives à la gravité de l'HDB

- l'abondance de l'hémorragie,
- les signes de choc.

❖ Variables paracliniques

- les données de la biologie : hémoglobine, hématocrite
- les données de l'endoscopie : résultats, lésion à l'origine de l'HDB.

❖ Variables thérapeutiques

- les mesures de réanimation : oxygénation, prise d'une voie veineuse, remplissage vasculaire, transfusion sanguine,
- le traitement étiologique.

❖ Variables évolutives

- l'évolution immédiate sous traitement : évolution favorable et récidive hémorragique

❖ Variables pronostiques

- la mortalité liée aux HDB
- les facteurs associés à la mortalité (âge, sexe, abondance, récidive)

2.7. Collecte de données

2.7.1. Outils de collecte

Les données étaient collectées à partir des registres des différents services concernés par l'étude, le dossier médical de chaque patient, les comptes rendus des endoscopies et une fiche d'enquête.

2.7.2. Technique de collecte

Les données nécessaires à notre étude avaient été collectées dans le dossier médical de chaque patient. Il en était de même pour les examens paracliniques réalisés. Certains patients avaient été contactés par appel téléphonique pour avoir des informations complémentaires ne figurant pas dans le dossier médical. Toutes ces informations étaient consignées sur notre fiche d'enquête.

2.7.3. Traitement et analyse de données

Les données collectées ont été enregistrées et traitées avec les logiciels épi info version 7.2.1.0 et SPSS (statistical package for social sciences) version 25. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne et écart type, et celles qualitatives sous forme de fréquence. Les tableaux et graphes ont été conçus avec Excel 2016.

Nous avons recherché d'éventuelles associations statistiques entre plusieurs variables au moyen du test Chi2 de Fisher. Le seuil de significativité statistique admis était de 5%.

2.8. Aspects administratifs et considérations éthiques

Le présent travail a été fait dans le strict respect des normes déontologiques et des règles hiérarchiques. Pour accéder aux dossiers des malades, nous avons sollicité l'autorisation du directeur général du CNHU - HKM, du chef service de la CU-HGE, du directeur général de l'hôpital de Menontin. Nous avons respecté l'anonymat par rapport aux dossiers. Toutes les données recueillies au cours de l'enquête ont servi uniquement dans le cadre de cette étude et sont restées confidentielles.

3. RESULTATS

3.1. Etude descriptive

3.1.1. Présentation globale des résultats

Le nombre total de cas d'HDB enregistrés au cours de la période d'étude était de 674 patients.

3.1.1.1. Fréquence des HDB dans les différents centres concernés par l'étude

Tableau V: fréquence des HDB par rapport à l'ensemble des patients reçus à la CU-HGE du CNHU-HKM et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Effectifs	Nombre de patients reçus	Pourcentages (%)
HM	469	9624	04,9
CU-HGE	205	14240	01,4
Total	674	23864	02,8

La fréquence des HDB à la CU-HGE du CNHU-HKM et à l'Hôpital de Menontin était de 02,8% sur la période d'étude (Tableau V).

3.1.2. Données sociodémographiques

3.1.2.1. Age

Tableau VI : répartition des cas d'HDB selon l'âge des patients à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Effectifs	Pourcentages (%)
18-24	35	05,2
25-31	50	07,4
32-38	109	16,2
39-45	**110**	**16,3**
46-52	101	15,0
53-59	81	12,0
60-66	75	11,1
67-73	59	08,8
74-80	36	05,3
81-87	18	02,7
Total	674	100,0

La moyenne d'âge des patients était de 49,2 ± 2,5 ans avec des extrêmes de 18 et 87 ans. La classe d'âge modale était de 39-45 ans (n = 110) (Tableau VI).

3.1.2.2. Sexe

Il y avait une prédominance masculine (66,2%, n=446) dans notre étude, avec un sex ratio à 2,0.

3.1.2.3. Profession

Tableau VII: répartition des cas d'HDB selon la profession à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Effectifs	Pourcentages (%)
Commerçant(e)	106	15,7
Artisan/Ouvrier	101	15,0
Paysan/Pêcheur/Eleveur	96	14,2
Conduite de véhicule	80	11,9
Enseignant(e)	79	11,7
Ménagère	70	10,4
Agent de santé	43	6,4
Elève/Etudiant(e)	28	04,0
Sans emploi	22	03,3
Agent de banque	20	03,0
Agent de la SBEE/SONEB	16	02,4
Comptable	13	02,0
Total	674	100,0

Toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées dans notre population. Il était noté une prédominance des couches socio-économiques à faibles revenus à savoir, les petits commerçants (n = 106), les artisans/ouvriers (n = 101) et les paysans/pêcheurs/éleveurs (n = 96). (Tableau VII).

3.1.2.4. Ethnie

L'ethnie avait été renseignée chez 330 patients dans notre série

Tableau VIII : répartition des cas d'HDB en fonction de l'ethnie à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 330

	Effectifs	Pourcentages (%)
Fon	108	32,7
Adja	68	20,6
Goun	43	13,0
Mina	42	12,7
Yoruba	32	09,7
Mahi	18	05,5
Xwla	11	03,3
Langues étrangères	04	01,2
Dendi	03	00,9
Bariba	01	0,4
Total	330	100,0

L'ethnie Fon était la plus représentée (32,7%, n = 108) dans notre série. (Tableau VIII).

3.1.2.5. Religion

La religion avait été renseignée chez 355 patients

Tableau IX : répartition des patients atteints d'HDB en fonction de la religion à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 355

	Effectifs	Pourcentages (%)
Christianisme	224	63,1
Religions endogènes	56	15,8
Islam	49	13,8
Athée	26	07,3
Total	355	100,0

Comme illustré dans le tableau IX, la religion chrétienne était la plus représentée (63,1%, n = 224) dans notre étude.

3.1.2.6. Lieu de résidence

Tableau X : répartition des patients atteints d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin en fonction de leur résidence (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Effectifs	Pourcentages (%)
Urbaine	351	52,1
Semi Urbaine	206	30,5
Rurale	117	17,4
Total	674	100,0

Comme illustré dans le tableau X, la majorité des patients vivaient en zone urbaine (52,13%, n = 366).

3.1.2.7. Situation matrimoniale

Elle était renseignée chez 422 patients.

Tableau XI : répartition des cas d'HDB selon la situation matrimoniale à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 422

	Effectifs	Pourcentages (%)
Marié	203	48,1
Célibataire	144	34,2
Veuf	39	09,2
Concubinage	36	08,5
Total	422	100,00

Les patients mariés étaient les plus représentés dans cette série (n = 203). (Tableau XI).

3.1.3. Données cliniques

3.1.3.1. Mode d'extériorisation des HDB

Le mode d'extériorisation le plus important de l'HDB était dominé par l'hématochézie (94,4% ; n = 636) et le méléna (5,6%).

3.1.3.2. Antécédents et comorbidités

Dans notre série, les ATCD et/ou les comorbidités avaient été précisés chez 274 patients.

Tableau XII : antécédents et comorbidités des patients des atteints d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 274

	Effectifs	Pourcentages (%)
Médicaux		
HTA	57	20,8
Diabète	48	17,5
Constipation chronique	34	12,4
Maladie hémorroïdaire	23	08,4
HDB	5	01,8
Tumeur colo-rectale	2	00,7
Diverticule	7	02,6
Chirurgicaux		
Chirurgie colo-rectale	3	01,1
Chirurgie intestinale	4	01,5
Aucun ATCD	91	33,2
Total	274	100,0

Aucun ATCD n'était retrouvé dans 33,2% (n = 91) des cas dans notre étude. (Tableau XII).

3.1.3.3. Durée d'évolution des symptômes

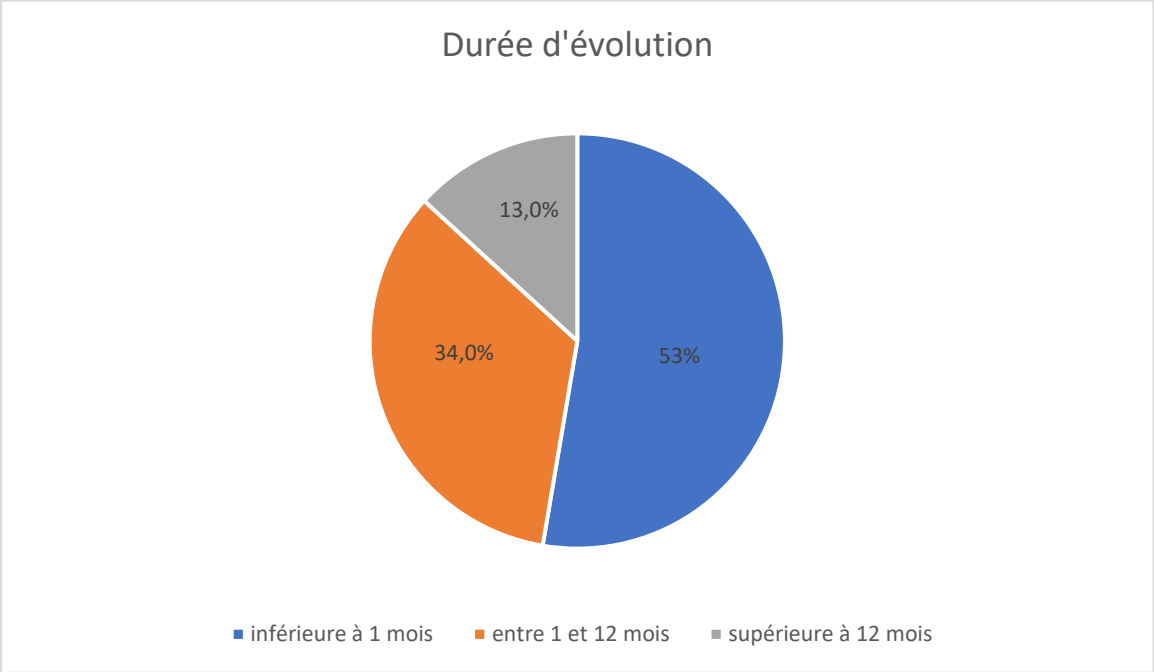


Figure 11 : durée d'évolution des hémorragies digestives basses à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

Les symptômes évoluaient depuis moins d'un mois chez la majorité des patients (50,6%, n = 365) comme l'illustre la figure 11.

3.1.3.4. Abondance et chronologie par rapport aux selles

L'abondance du saignement était évaluée selon la classification de l'Advanced Trauma Life Support de l'American College of Surgeons.

Tableau XIII : répartition des cas d'HDB en fonction de l'abondance du saignement à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Classe	Effectif	Pourcentages (%)
< 750ml	I	535	79,4
750-1500ml	II	93	13,8
1500-2000ml	III	40	05,9
> 2000ml	IV	06	00,9
Total		674	100,0

La majorité des patients (80,7%, n = 544) avait présenté un saignement de faible abondance (<750ml). (Tableau XIII).

La chronologie des saignements par rapport aux selles avait été renseignée chez 436 patients.

<u>Tableau XIV</u> : chronologie des saignements par rapport aux selles à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 436

	Effectifs	Pourcentages (%)
Mêlé aux selles	198	45,4
En fin de selles	174	39,9
En dehors des selles	64	14,7
Total	436	100,0

Le saignement était mêlé aux selles dans la majorité des cas (45,41%, n = 198). (Tableau XIV).

3.1.3.5. Signes digestifs associés

Tableau XV : répartition des cas d'HDB en fonction des signes digestifs associés à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Effectifs	Pourcentages (%)
Aucun signe digestif	279	41,4
Constipation	145	21,5
Douleur abdominale	98	14,5
Masse abdominale	67	09,9
Alternance diarrhée/constipation	47	07,0
Diarrhée	38	05,7
Total	674	100,0

L'HDB n'était en majorité associée à aucun symptôme digestif (41,4%, n = 279) comme l'illustre le tableau XV.

3.1.3.6. Examen proctologique

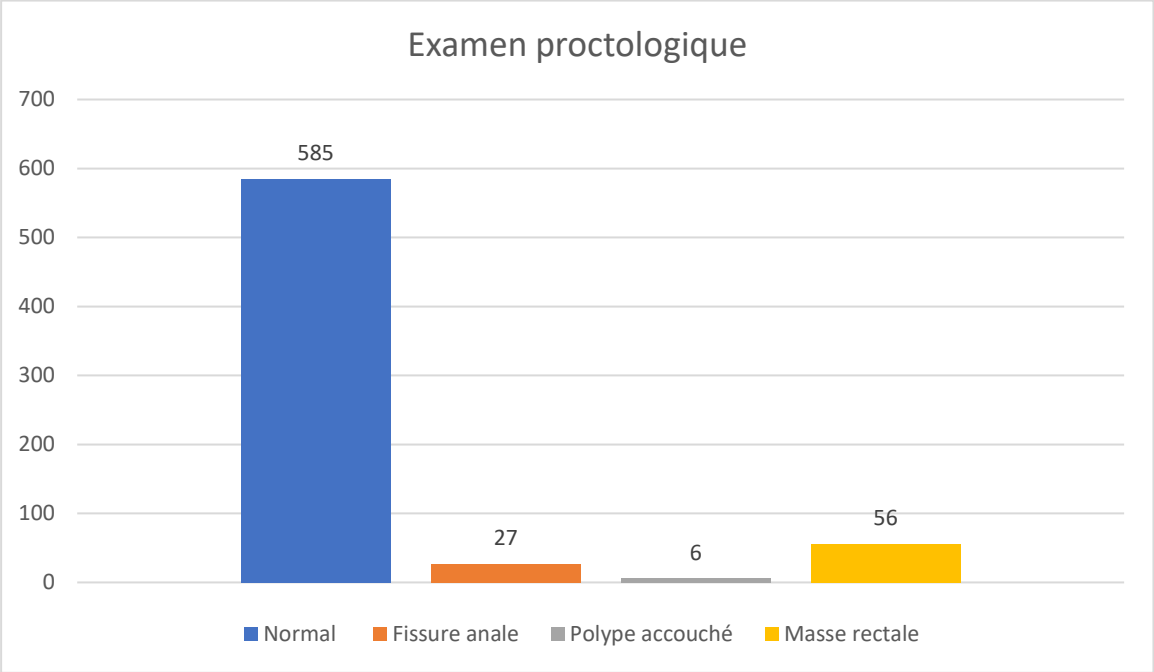


Figure 12 : résultats de l'examen proctologique chez les cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

L'examen proctologique était en majorité normal dans 585 cas (86,8%) ; par contre il y avait 27 cas de fissures anales (04,0%), 6 cas de polypes accouchés (00,9%) et 56 cas où on avait une masse rectale (08,3%). (Figure 12).

3.1.3.7. Les signes de gravité

Les signes de gravité étaient présents chez 83 patients 12,3%.

Tableau XVI : répartition des cas d'HDB en fonctions des éléments de gravité à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 83

	Effectifs	Pourcentages (%)
Hémorragie > 1500ml	46	55,4
Etat de choc	34	41,0
Traitement anticoagulant	03	03,6
Total	83	100,0

Les hémorragies de grande abondance (> 1500ml) étaient le signe de gravité le plus retrouvé (55,4%, n = 46). (Tableau XVI).

3.1.4. Données paracliniques

3.1.4.1. Signes biologiques

Numération Formule Sanguine (NFS)

Elle avait été réalisée chez 225 patients (33,4%). Le taux d'hémoglobine variait entre 3 et 13g/dL.

Anémie sévère : lorsque le taux d'Hb est < 7g/dl

Anémie modérée : lorsque le taux d'Hb est compris entre 7 – 11,5g/dl chez la femme et 7 – 12g/dl chez l'homme.

Taux d'Hb normal ≥ 11,5g/dl chez la femme et ≥ 12g/dl chez l'homme.

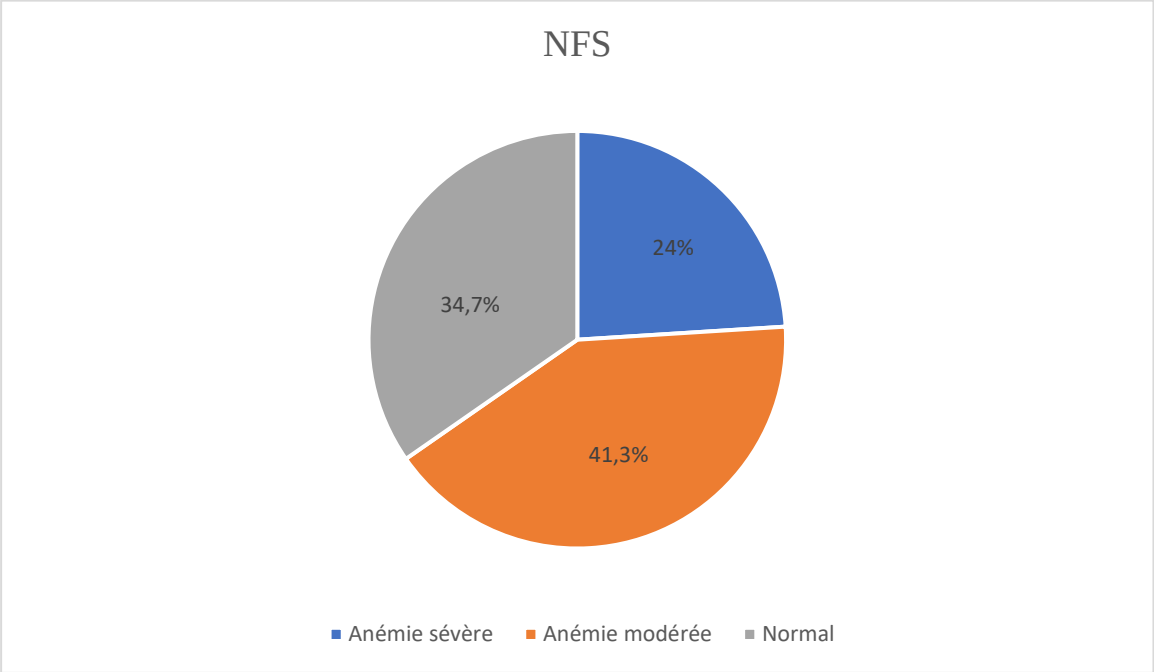


Figure 13 : répartition des cas d'HDB selon les résultats de la numération formule sanguine à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 225

Une anémie modérée était notée chez la majorité des patients qui avaient réalisé la numération formule sanguine (41,3%, n = 93) comme l'indique la figure 13.

La valeur normale de l'hématocrite est comprise entre 36 et 49% chez l'homme et entre 30 et 40%.

L'hématocrite était inférieure à la valeur normale chez la majorité des patients qui avaient réalisé la NFS (74,7% ; n = 168).

3.1.4.2. Données endoscopiques

3.1.4.2.1. Endoscopie basse

Elle avait été réalisée chez 621 patients (92,1%).

Le délai de réalisation de l'endoscopie basse était renseigné chez 405 patients et variait entre 0 jour et 14 jours après la première consultation

Tableau XVII : répartition des cas d'HDB en fonction du délai de réalisation de l'endoscopie basse à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 405

	Effectifs	Pourcentages (%)
0-2 jours	101	24,5
3-7 jours	207	51,1
8-14jours	97	23,4
Total	405	100,0

Le délai avant la réalisation de l'endoscopie digestive basse était en moyenne de 5,4 ± 0,5 jours avec des extrêmes de 0 et 14 jours. La majorité des patients avaient réalisé l'endoscopie dans un délai de 3-7 jours (51,1%). (Tableau XVII).

Tableau XVIII : répartition des cas d'HDB en fonction des résultats de l'endoscopie basse à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 638

	Effectifs	Pourcentages (%)
Maladie hémorroïdaire	223	35,9
Lésion polypoïde	143	23,0
Lésion ulcéro-bourgeonnante	99	16,0
Lésion diverticulaire	57	09,2
Aucune lésion	44	07,1
Fissure anale	27	04,3
Rectite et/ou colite pétéchiale ou hémorragique	21	03,4
Rectite et colite ulcéreuse	7	01,1
Total	621	100,0

La maladie hémorroïdaire était la lésion la plus retrouvée après réalisation de l'endoscopie digestive basse (35,9%, n = 223). (Tableau XVIII).

3.1.4.2.2. Autres examens endoscopiques

Les autres examens endoscopiques qui auraient pu être d'une grande utilité sont la vidéocapsule-endoscopique et l'entéroscopie. Aucun de ces deux moyens n'avait été utilisé pendant la période d'étude.

3.1.4.3. Données d'imagerie médicale

- Echographie abdominale

Elle avait été réalisée chez 17 patients, contributive chez 11 patients (64,7%) chez qui elle montrait une masse abdominale et non contributive chez 6 patients (35,3%).

- Entéro scanner

Il n'avait été réalisé chez aucun patient sur la période d'étude.

- Entéro IRM

Elle n'avait été réalisée chez aucun patient sur la période d'étude.

3.1.5. Etiologies

3.1.5.1. Répartition des patients en fonction des étiologies

Tableau XIX : répartitions des cas d'HDB en fonction des principales étiologies de saignement à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 621

	Effectifs	Pourcentages (%)
Maladie hémorroïdaire	223	35,9
Polype colique	143	23,0
Tumeur colo-rectale	87	14,0
Diverticule colique	57	09,2
Non déterminée	44	07,1
Fissure anale	27	04,3
Colite infectieuse	13	02,1
Cancer de l'anus	12	02,0
RCH	8	01,3
MC	7	01,1
Total	621	100,0

La cause des HDB était retrouvée dans 92,9% des cas (n = 577) et la maladie hémorroïdaire était la cause la plus fréquente (35,9%, n = 223) comme l'illustre le tableau XIX.

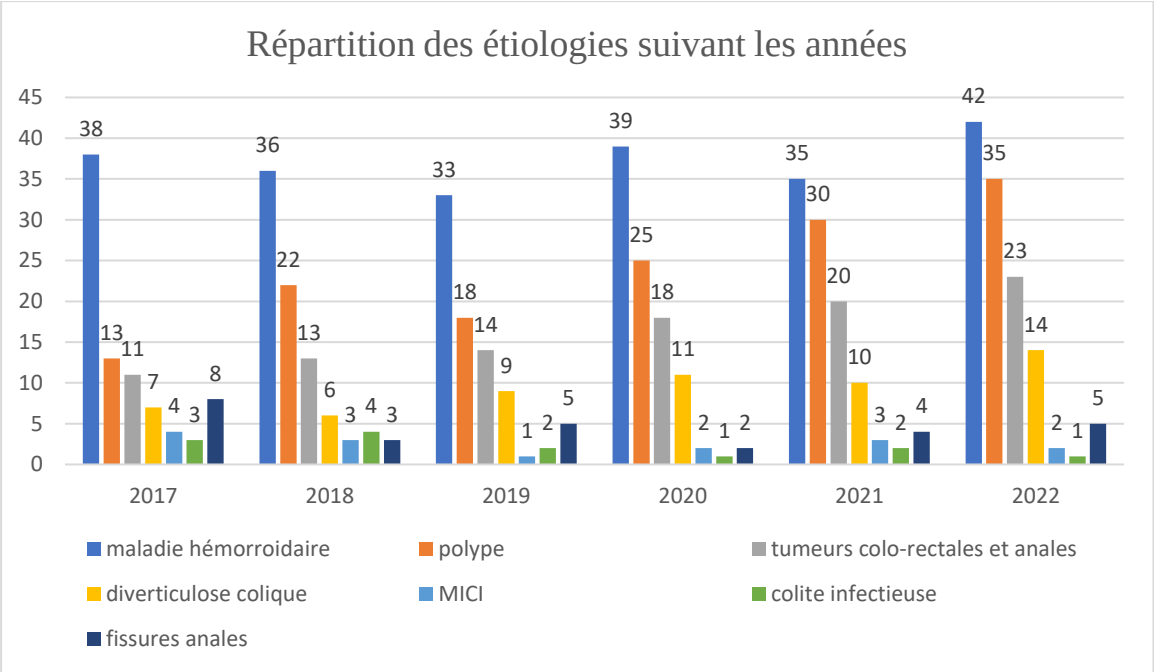


Figure 14 : répartition des étiologies des HDB suivant les années à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

La maladie hémorroïdaire était la cause la plus retrouvée au cours de ces différentes années, suivie des polypes avec une tendance globalement croissante. (Figure 14).

3.1.6. Traitement et évolution

3.1.6.1. Traitement d'urgence

Au cours de la période d'étude, 80 patients (11,9%) avaient été hospitalisés en urgence.

Tableau XX : répartition des cas d'HDB en fonction des moyens thérapeutiques d'urgence utilisés à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Effectifs	Pourcentages (%)
Oxygénation	50	62,5
Transfusion sanguine	54	67,5
Remplissage vasculaire	44	55,0

La transfusion sanguine était la mesure d'urgence la plus utilisée (67,5%). (Tableaux XX).

Traitement étiologique et évolution

Tableau XXI : traitement reçu et évolution chez les patients atteints d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

Diagnostic retenu	Nombre de cas	Traitement reçu	Evolution favorable	Pourcentage
Maladie hémorroïdaire	223	Veinotonique + laxatif + crème anti-hémorroïdaire/ ligature élastique/ traitement chirurgical	199	88,2
Polype colique	143	Polypectomie endoscopique	138	96,5
Tumeurs colo-rectale et anale	37	Traitement chirurgical/ chimiothérapie	28	75,7
Diverticule colique	57	Antalgique + laxatif	51	89,5
Fissure anale	27	Traitement local + laxatif	27	100,0
Colite infectieuse	13	Antibiothérapie	13	100,0
MC	04	Corticoïdes + immunosuppresseurs	03	75,0
RCH	11	Corticoïdes + immunosuppresseurs	08	72,7
Non déterminée	44	Traitement symptomatique	36	81,8
Total	559		503	90,0

L'évolution était favorable chez 503 patients sur 559 mis sous traitement étiologique (90,0%) avec 100,0% d'évolution favorable chez les patients qui avaient une fissure anale et une colite infectieuse. (Tableau XXI).

La maladie hémorroïdaire était traitée majoritairement par ligature élastique. 74,4% (n = 166) des patients qui présentaient cette pathologie avaient bénéficié d'une ligature élastique, 20,6% (n = 46) avaient bénéficié d'un traitement médical à base de veinotonique, de laxatif, de crèmes et suppositoires anti-hémorroïdaire et 5% (n = 11) des patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. L'évolution était favorable chez 88,2% des patients.

Tous les cas de polypes avaient bénéficié d'une polypectomie endoscopique. L'évolution était favorable dans 96,5% (n = 138) des cas. L'évolution défavorable était en partie marquée par une récidive hémorragique post-polypectomie ; c'était le cas chez 2,1% (n = 3) des patients dans notre étude.

Seulement 37,4% (n = 37) des cas de tumeurs colo-rectales et anales avaient bénéficié d'un traitement chirurgical et/ou une chimiothérapie. Sur ce total, 75,7% (n = 28) des patients notaient une évolution favorable.

Les fissures anales avaient été traitées avec des crèmes cicatrisantes et des régulateurs du transit. Aucun traitement chirurgical n'avait été effectué durant la période. Néanmoins l'évolution était favorable chez la totalité des patients.

Les colites infectieuses avaient été traitées par antibiothérapie avec une évolution favorable chez la totalité des patients. Aucune coproculture ou coprologie parasitaire n'avait été réalisée.

Les MICI avaient été traitées par les corticoïdes et les immunosuppresseurs avec une évolution favorable chez 73,3% des cas. Aucun de ces patients n'avait bénéficié de traitement chirurgical.

Les patients chez qui aucune étiologie n'avait été retrouvée avaient bénéficié d'un traitement symptomatique fait de régulateur de transit et

d'antalgique en fonction des signes présentés. 81,8% (n = 36) de ces derniers avaient noté un arrêt des saignements.

L'évolution défavorable était marquée par une récidive hémorragique chez 10% (n = 56) des patients mis sous traitement, avec un total de 18 décès (2,7%).

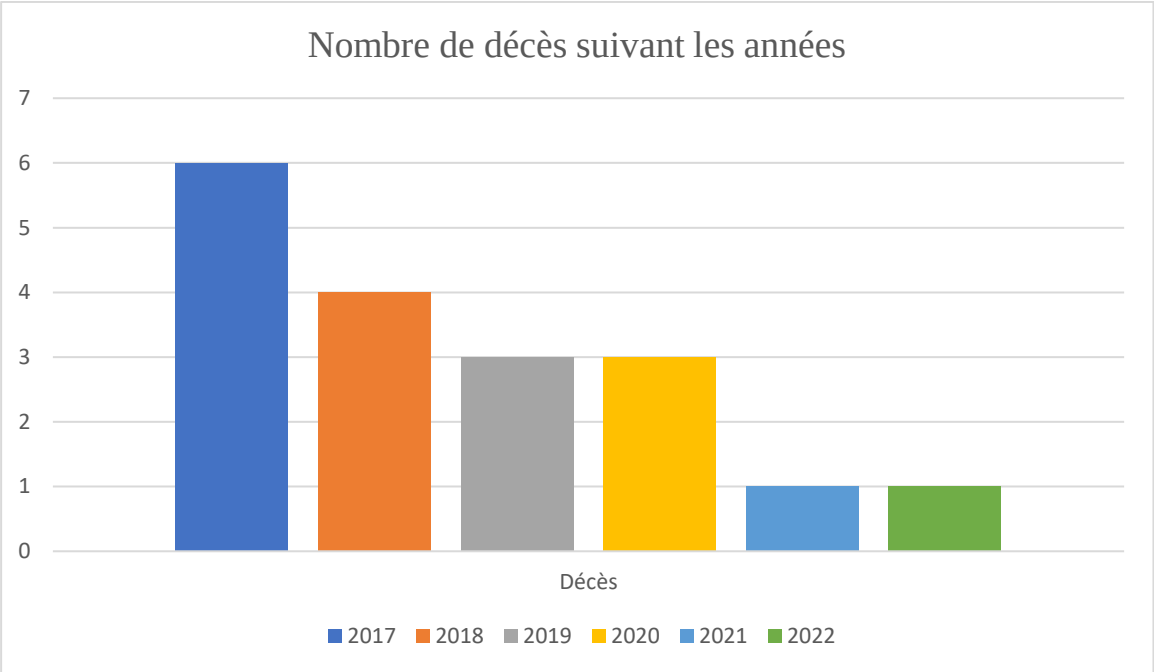


Figure 15 : nombre de cas d'HDB décédés par année à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022). N = 18

De cette figure, on retient essentiellement que le nombre de décès diminuait au fil des années avec le plus grand nombre de décès en 2017 (n = 6) et le plus faible nombre en 2022 (n = 1). (Figure 15).

3.2. Etude analytique

3.2.1. Profil socio-démographique des patients en fonction des étiologies

3.2.1.1. Répartition des étiologies en fonction du sexe

Tableau XXII : répartition des étiologies des HDB en fonction du sexe des patients à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Sexe				P-value
	M		F		
	N	%	N	%	
Maladie hémorroïdaire	148	66,3	75	33,7	**0,019**
Polype colique	94	65,7	49	34,3	0,065
Tumeurs colo-rectale et anales	52	52,6	47	47,4	0,098
Diverticule colique	39	68,4	18	31,6	0,104
RCH	6	75,0	2	25,0	0,128
MC	5	71,4	2	28,6	0,134
Colite infectieuse	9	69,2	4	30,8	0,141
Fissure anale	22	81,5	5	18,5	0,152

Parmi les patients ayant une HDB, les hommes avaient significativement plus souvent la maladie hémorroïdaire que les femmes (p = 0,019). (Tableau XXII).

3.2.1.2. Répartition des étiologies en fonction de l'âge

Tableau XXIII : répartition des étiologies des HDB en fonction de l'âge des patients à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Age (année)				P-value
	≤ 65		> 65		
	N	%	N	%	
Maladie hémorroïdaire	180	80,7	43	19,3	0,058
Polype colique	124	86,7	19	13,3	0,105
Tumeurs colo-rectale et anale	47	47,5	52	52,5	**0,027**
Diverticule colique	31	54,4	26	45,6	**0,005**
RCH	5	62,5	3	37,5	**0,013**
MC	5	71,4	2	28,6	**0,018**
Colite infectieuse	10	76,9	3	23,1	**0,031**
Fissure anale	19	70,4	8	29,6	0,077

Les tumeurs colo-rectales et anales se retrouvaient significativement plus chez les sujets de plus de 65 ans que les sujets de moins de 65 ans (p = 0,027). Les diverticules coliques ainsi que les MICI (RCH, MC) étaient significativement plus fréquentes chez les sujets âgés de moins de 65 ans que les sujets âgés de plus de 65 ans (p = 0,005, p = 0,013 et p = 0,018 respectivement). Il en était de même pour les colites infectieuses qui étaient significativement plus retrouvées

chez les sujets âgés de moins de 65 ans que les sujets âgés de plus de 65 ans (p = 0,031). (Tableau XXIII).

3.2.1.3. Répartition des étiologies en fonction de la profession

Tableau XXIV : répartition des étiologies des HDB en fonction de la profession du patient à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Profession								P-value
	Commerçant		Ouvrier		Fonctionnaire		Autres		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Maladie hémorroïdaire	63	28,3	93	41,7	47	21,0	20	9,0	0,357
Polype colique	27	18,88	52	36,36	45	31,46	19	13,3	0,171
Tumeurs colo-rectale et anale	8	8,08	23	23,23	24	24,24	44	44,45	**0,044**
Diverticule colique	6	10,52	22	38,59	24	42,1	5	8,79	0,157
RCH	2	25	1	12,5	2	25	3	37,5	**0,045**
MC	1	14,29	2	28,57	3	42,85	1	14,29	0,057
Colite infectieuse	2	15,38	6	46,15	2	15,38	3	23,09	0,063
Fissure anale	1	3,7	4	14,81	16	59,26	6	22,23	**0,039**

NB : Autres prenaient en compte les ménagères, les retraités et les étudiants et fonctionnaires regroupent les agents de banque, les comptables, les agents de santé, les agents de la SBEE et de la SONEB.

Les tumeurs colo-rectales et anales étaient significativement plus fréquentes chez les retraités et les ménagères (p=0,044). Les RCH étaient également significativement plus fréquentes dans ces deux professions (p = 0,045). Les fissures anales quant à elles étaient significativement plus fréquentes chez les fonctionnaires (p = 0,039). (Tableau XXIV).

3.2.2. Aspects pronostiques

3.2.2.1. Influence de l'âge sur le pronostic

Tableau XXV : influence de l'âge sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Décès		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Age (ans)					
≤ 65	3	332	**0,036**	1	
> 65	15	255		14,66	[13,41-15,91]

Il existait un lien statistiquement significatif entre l'âge et le pronostic des HDB (p = 0,036 < 0,05). Les patients âgés de plus de 65 ans étaient plus à risque (OR = 14,66) de mourir d'une HDB que les patients de moins de 65 ans comme l'illustre le tableau XXV.

3.2.2.2. Influence du sexe sur le pronostic

Tableau XXVI : influence du sexe sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Décès		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Sexe					
Masculin	12	380	0,092	1	
Féminin	6	205		1,16	[0,08-2,05]

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et le décès par les HDB. (Tableau XXVI).

3.2.2.3. Influence de l'abondance du saignement sur le pronostic

Tableau XXVII : influence de l'abondance du saignement sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Décès		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Abondance					
≤ 1500cc	5	554	**0,0003**	1	
> 1500	13	33		31,11	[30,56-31,66]

Il existait un lien statistiquement significatif entre l'abondance du saignement et le pronostic des HDB (p = 0,0003 < 0,05). Les patients qui présentaient une hémorragie de grande abondance étaient plus à risque (OR = 31,11) de mourir

d'une HDB que les patients qui avaient une hémorragie de faible ou de moyenne abondance comme l'illustre le tableau XXVII.

3.2.2.4. Influence de la récidive hémorragique sur le pronostic

Tableau XXVIII : influence de la récidive hémorragique sur le pronostic des cas d'HDB à la CU-HGE et à l'Hôpital de Menontin (Janvier 2017-Décembre 2022).

	Décès		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Récidive					
Non	2	536	**0,00001**	1	
Oui	16	51		62,16	[61,4-62,92]

Il existait un lien statistiquement significatif entre la récidive hémorragique et le pronostic des HDB (p = 0,00001 < 0,05). Les patients qui présentaient une récidive hémorragique étaient plus à risque (OR = 62,16) de mourir d'une HDB que les patients qui n'en présentaient pas comme l'illustre le tableau XXVIII.

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude suivra le plan ci-après :

- l'atteinte des objectifs de l'étude ;

- le jugement sur la qualité et la validité des résultats ;

- les commentaires et discussion des résultats.

4.1. Atteinte des objectifs de l'étude

La prévalence des HDB à Cotonou a été calculée. Les caractéristiques épidémiologiques des patients ayant eu l'HDB ont été présentées. La proportion de chacune des étiologies des HDB a été déterminée. Les caractéristiques endoscopiques des lésions à l'origine des HDB ont été présentées, permettant ainsi de situer le rôle de l'endoscopie dans le diagnostic étiologique des HDB. Les différents moyens thérapeutiques dont les patients avaient bénéficié ont été également présentés. Les facteurs influençant la gravité, l'évolution et le pronostic des HDB ont été identifiés. Les objectifs que nous nous sommes fixés au début de cette étude ont tous été atteints.

4.2. Qualité et validité des résultats

4.2.1. Validité interne

Cette étude était rétrospective à visée descriptive et analytique. La méthode utilisée était adaptée à ce travail. La sélection des patients s'était faite suivant le strict respect de nos critères d'inclusion. Le remplissage des fiches de dépouillement a tenu compte des informations du dossier médical de chaque patient. Les informations concernant l'évolution sur un mois ont été obtenues, soit après appel direct sur le numéro de téléphone du patient ou de son accompagnant figurant dans le dossier médical, soit à travers le dossier de

consultation des patients revenus pour un suivi. Les données recueillies ont été traitées suivant les normes scientifiques adaptées.

4.2.2. Validité externe

Nous estimons que notre étude a eu pour cible les principaux centres où se déroule la prise en charge des HDB à Cotonou. Les résultats obtenus peuvent donc servir de référence pour l'ensemble de la ville de Cotonou.

4.3. Evaluation des différents biais

4.3.1. Biais de sélection

La sélection des patients était faite suivant les critères d'inclusion que nous nous sommes fixés. Elle était réalisée à partir des registres d'accueil de chaque service. Les diagnostics d'entrée et de sortie nous ont permis de procéder à cette sélection des patients.

4.3.2. Biais d'informations

La collecte des données était faite à l'aide d'une fiche de dépouillement. Les données étaient recueillies essentiellement à partir des dossiers médicaux et des comptes rendus des endoscopies réalisées.

4.4. Limites et contraintes de l'étude

Au cours de la réalisation de ce travail, nous avons rencontré des difficultés en rapport avec le caractère rétrospectif de l'étude. Ces difficultés peuvent être résumées comme suit :

- la perte de dossiers cliniques (dossiers de certains patients non retrouvés).
- la mauvaise tenue des dossiers
- la présence de nombreux dossiers incomplets

❖ L'absence de réalisation des examens paracliniques dans certains dossiers.

4.5. Commentaire et discussion des résultats

Les commentaires et discussion des résultats se feront suivant le plan ci-après :

- les aspects épidémiologiques,

- les aspects diagnostiques,

- les aspects thérapeutiques, évolutifs et pronostiques des HDB.

4.5.1. Aspects épidémiologiques

4.5.1.1. Fréquence

Sur une période de 6 ans, les cas d'HDB représentaient 2,8% du nombre total des patients reçus à la CU-HGE du CNHU-HKM et au service d'endoscopie de l'hôpital de Menontin. Ce résultat était supérieur à celui de Yè [32] au Burkina-Faso en 2002 qui trouvait une fréquence à 0,24%.

Cette différence s'explique par le fait que notre population était constituée non seulement des patients hospitalisés mais aussi des patients traités en ambulatoire ; ce qui n'était pas le cas chez ce dernier dont la fréquence était uniquement hospitalière.

4.5.1.2. Age

Dans notre étude, cette pathologie touchait surtout les adultes jeunes avec une moyenne d'âge à 49,2 ± 2,5 ans et des extrêmes de 18 et 87 ans. La tranche d'âge la plus touchée était 32-45 ans. Ce résultat était proche de ceux obtenus par Katile et al [48] au Mali en 2020 qui trouvaient une moyenne d'âge à 44 ± 12,7 ans. Djibril et al [49] trouvaient également en 2010 au Togo un résultat proche du nôtre avec une moyenne d'âge à 46 ans. Il en était de même pour

Mbengue et al [50] au Sénégal qui trouvaient en 2009 une moyenne d'âge à 51,3 ans.

Par contre, dans les pays occidentaux, les sujets d'âges avancés sont les plus touchés : Makela et al [51] en Finlande trouvaient une moyenne d'âge à 59 ± 18 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la forte proportion des pathologies hémorroïdaires parmi les étiologies des HDB en Afrique (la maladie hémorroïdaire touchant beaucoup plus les adultes jeunes).

4.5.1.3. Sexe

Dans notre étude, le sexe masculin était le plus touché (66,2%, n = 446) avec un sex-ratio à 2,0. Cette prédominance masculine était rencontrée chez la plupart des auteurs. Katile et al [48] au Mali en 2020 trouvaient une prédominance masculine (72,6%) avec un sex-ratio à 2,6. Djibril et al [49] au Togo en 2010 trouvaient aussi une prédominance masculine (70,6%) avec un sex-ratio à 2,4.

Les résultats de Mbengue et al au Sénégal en 2009 étaient également similaire aux nôtres avec une prédominance masculine (62,9%) et un sex-ratio à 1,7.

Cette prédominance masculine pour les HDB pourrait être liée à certains facteurs de risque dont les hommes en seraient les plus exposés. C'est le cas de l'alcool qui fait partie des facteurs de risques identifiés dans la maladie hémorroïdaire, et dont les hommes en seraient de grands consommateurs dans notre société [52]. Il en est de même pour le tabac, qui, associé à l'alcool sont des facteurs de risque des pathologies tumorales. Ces raisons peuvent expliquer pourquoi les hommes étaient plus exposés aux HDB que les femmes.

4.5.1.4. Profession

Dans notre série, les HDB affectaient surtout les couches socio-professionnelles à faibles revenus (30,7% ; n = 207). Les commerçants (15,7% ; n = 106), les ouvriers et artisans (15,0% ; n = 101) étaient les plus touchés. Au Mali en 2020, Katile et al [48] faisaient la même observation, les ménagère (31,6%), les cultivateurs (26,5%), les commerçants (15,4%) et les ouvriers (12%) étaient les plus touchés.

Ces résultats dans notre étude peuvent être liés aux difficultés à accéder aux soins chez ces personnes dont le revenu est assez faible. De ce fait, de nombreuses pathologies ne sont pas diagnostiquées à temps et évoluent donc à bas bruit. L'absence d'adhésion à la thérapeutique proposée du fait du coût élevé de ces traitements pourrait également expliquer ce constat.

4.5.2. Aspects diagnostiques

4.5.2.1. Mode d'extériorisation

Dans notre étude, les HDB étaient majoritairement extériorisées sous forme d'hématochézie (94,4%), seulement 5,6% des cas d'HDB étaient extériorisées sous forme de méléna. Ces chiffres sont semblables à ceux obtenus par l'Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France [53] en 2009 qui trouvait que les hématochézies étaient le mode le plus fréquent d'extériorisation des HDB (93,5%).

4.5.2.2. Durée d'évolution

La durée d'évolution des symptômes dans notre étude était inférieure à 1 mois chez la grande majorité de nos patients (50,6%). Ces résultats étaient comparables à ceux de Yè [32] en 2002 au Burkina-Faso qui trouvait que la durée d'évolution des symptômes était inférieure à 1 mois chez la majorité des cas.

Ces résultats seraient dus au fait que les HDB sont parfois mêlées aux selles et peuvent passer inaperçus.

4.5.2.3. Diagnostic de gravité

La gravité avait été évaluée par rapport à l'état de choc (PAS < 100mmHg, tachycardie > 120bpm, polypnée > 20cpm, extrémités froides) et à l'abondance du saignement.

Dans notre étude, 12,3 % des patients présentaient un ou plusieurs signes de gravité. Ce chiffre était proche de celui de l'Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France [53] en 2009 qui retrouvait un signe de gravité chez 13,7% des patients.

4.5.2.4. Antécédents

L'ATCD le plus retrouvé dans notre étude était l'HTA (20,8%). Ce résultat était proche de celui de YE [32] en 2002 au Burkina-Faso qui trouvait l'HTA chez 17,9% des patients.

4.5.2.5. Signes digestifs associés

La constipation et les douleurs abdominales étaient les signes digestifs les plus retrouvés dans notre étude. La constipation était présente chez 21,5% des patients et les douleurs abdominales dans 14,5% des cas. Ces résultats étaient proches de ceux de Katile et al [48] au Mali en 2020 qui trouvaient une constipation dans 27,3% des cas et des douleurs abdominales dans 15,3% des cas.

La constipation pourrait faire le lit des maladies diverticulaire et hémorroïdaire ; elle peut être également le mode de révélation des tumeurs coliques.

4.5.2.6. Diagnostic étiologique

L'étiologie de l'HDB était obtenue après réalisation de l'endoscopie digestive basse. Cette dernière était réalisée chez 92,1% des patients dans notre étude et une cause avait été retrouvée chez 92,9% des patients qui ont réalisé l'endoscopie digestive basse. Ces chiffres sont semblables à ceux de l'Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France [53] en 2009 qui retrouvait la cause chez 96% des patients. Mbengue et al [50] au Sénégal en 2009 trouvaient des résultats similaires avec la cause qui était retrouvée chez 91,2% des patients.

Ces résultats témoignent de l'importance de l'endoscopie dans le diagnostic étiologique des HDB.

4.5.2.6.1. Etiologies retrouvées

Les étiologies les plus fréquentes au cours de notre étude étaient : la maladie hémorroïdaire (35,9%), les polypes coliques (23,0%), les cancers colo-rectaux et anaux (16,0%), les diverticules coliques (9,2%). Ces résultats étaient proches de ceux de Mbengue et al [50] à Dakar en 2009 qui retrouvaient comme étiologies les plus fréquentes : les maladies hémorroïdaires (53,14%), les rectocolites (17,5%), les tumeurs colo-rectales (11,9%), les polypes (11,2%), les diverticuloses coliques (11,2%).

- **Maladie hémorroïdaire**

La maladie hémorroïdaire était la cause des HDB la plus retrouvée dans notre étude (35,9%). Ce constat était le même chez plusieurs auteurs : Djibril et al [49] au Togo en 2010, Katile et al au Mali en 2020 et Mbengue et al au Sénégal en 2009. Par contre la prévalence de la maladie hémorroïdaire dans notre étude était supérieure à celle de Djibril et al qui trouvaient une prévalence

à 23,53% mais inférieure à celles de Katile et al [48] et Mbengue et al qui trouvaient respectivement 60,7% et 53,14%.

La maladie hémorroïdaire touchait majoritairement les hommes dans notre étude (66,3%). Diarra et al [54] au Mali en 2021 faisaient le même constat et trouvaient également une prédominance masculine (57,6%). Il y avait aussi un lien statistiquement significatif entre la maladie hémorroïdaire et le sexe masculin dans notre étude (p = 0,019).

Si la maladie hémorroïdaire est une cause fréquente d'HDB, sa constatation ne doit pas occulter la réalisation d'une coloscopie car c'est parfois « l'arbre qui cache la forêt » surtout chez les sujets de plus de 40 ans.

❖ **Polypes coliques**

Ils représentaient la seconde cause des HDB la plus retrouvée dans notre étude avec une proportion à 23,0%. Ce résultat était supérieur à celui de Mbengue et al [50] au Sénégal en 2009 (11,2%). De plus plusieurs auteurs ne retrouvaient pas les polypes comme seconde étiologie. Katile et al [48] au Mali en 2020 retrouvaient les fissures anales comme seconde étiologie la plus fréquente (24,8%), Djibril et al [49] au Togo en 2010 relevaient les colites non spécifiques comme seconde cause la plus fréquente (16,47%), pareil pour Mbengue et al [50] au Sénégal en 2009 (17,5%).

Les polypes coliques dans notre étude se retrouvaient beaucoup plus chez les hommes (65,7%) que chez les femmes (34,3%) et survenaient majoritairement avant 65 ans (86,7%). Ce résultat était semblable à celui de Okon et al [55] en Cote d'Ivoire en 2013 qui trouvait aussi une prédominance masculine (58,8%) et une majorité des cas avant 65 ans (61,76%).

❖ **Les tumeurs colo-rectales et anales**

C'était la troisième cause la plus fréquente des HDB dans notre étude et survenait chez 16,0% des patients. Ces chiffres étaient proches de ceux de Mbengue et al [50] au Sénégal en 2009 qui trouvaient les tumeurs colo-rectales dans 11,9% des cas. De plus, ils notaient également que c'était la troisième étiologie la plus fréquente des HDB.

Les tumeurs colo-rectales et anales dans notre étude se retrouvaient un peu plus chez les hommes (52,6%) que chez les femmes (47,4%). Ce constat était le même chez Djibril et al [49] au Togo en 2010 qui retrouvaient aussi une prédominance masculine (80%). Dans notre étude, les patients âgés (plus de 65 ans) étaient les plus touchés (52,5%). Makela et al [51] en Finlande trouvaient des résultats similaires.

Les cancers colorectaux sont en augmentation au Benin, c'est la conséquence de la transition épidémiologique (augmentation de la durée de vie et occidentalisation de l'alimentation) ; tous ces éléments favorisent la survenue des cancers coliques qui pourraient se révéler par des HDB.

❖ **Les diverticules coliques**

Pour certains auteurs occidentaux, notamment français, les diverticules coliques constituaient la cause la plus fréquente des HDB (21,31% des cas en 2009) [53]. Dans notre étude, les diverticules étaient la quatrième cause plus fréquente (9,2%). Ce constat était semblable à celui de Djibril et al [49] au Togo en 2010 qui retrouvaient également les diverticules comme quatrième étiologie la plus fréquente des HDB. De plus, la prévalence des diverticules trouvée par ces derniers était proche de la nôtre (10,59%).

❖ **Les fissures anales**

Les fissures anales étaient la cinquième étiologie la plus retrouvée dans notre étude avec une prévalence de 4,3%. Ce chiffre était proche de celui de Yè [32] au Burkina-Faso en 2002 qui trouvait les fissures anales dans 5,9% des cas.

Katile et al [48] au Mali en 2020 trouvaient que les fissures anales étaient la seconde cause la plus fréquente dans leur étude avec une prévalence plus élevée que la nôtre (24,8%).

❖ **Les colites infectieuses**

Dans notre étude, les colites infectieuses étaient retrouvées chez 2,1% des patients. Ce chiffre était inférieur à celui de l'Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France [53] en 2009 qui retrouvait cette étiologie chez 0,65% de leurs patients. Dans d'autres séries africaines cette prévalence était beaucoup plus élevée que celle retrouvée dans notre étude. Mbengue et al [50] au Sénégal en 2009 (17,5%) et par Djibril et al [49] en 2010 au Togo (11,77%). La tendance des colites infectieuses devrait être globalement vers la baisse en raison de la disponibilité plus grande des anti infectieux (métronidazole et quinolones), qui étaient jusqu'à un passé récent utilisés en auto médication au Bénin.

❖ **Les MICI**

Les MICI représentaient 2,4% des étiologies dans notre étude. Ce résultat était inférieur à ceux retrouvés dans plusieurs études occidentales (Europe, Amérique du Nord) [56]. On notait globalement que les MICI étaient moins fréquentes en Afrique où elles sont émergentes [56].

❖ **Etiologies non retrouvées**

Il s'agissait des cas où l'endoscopie n'avait pas pu retrouver une lésion qui expliquerait les HDB. Dans notre étude aucune étiologie n'avait été retrouvée chez 7,1% des patients. Ce chiffre était proche de celui de Katile et al [48] au Mali en 2020 qui ne retrouvaient pas l'étiologie chez 6% des patients. Djibril et al [49] au Togo en 2010 n'avaient pas retrouvé d'étiologies dans 14,12% des cas.

Les explications pourraient être nombreuses ; il peut s'agir des cas de lésions hémorragiques aigues, du délai important entre le saignement et la réalisation de l'endoscopie, ou encore de lésions non décelées par l'endoscopie conventionnelle. C'est dans ce contexte que pourraient se discuter la recherche d'un saignement du grêle. La capsule vidéoendoscopique ou l'entéro scanner voire l'entéro IRM auraient pu être d'un grand recours. Les facteurs limitants pourraient être soit leur non disponibilité au Bénin (capsule vidéo endoscopique), soit le cout élevé, soit l'absence de récidive hémorragique après le premier épisode. La coloscopie peut être répétée au besoin devant ce cas de figure.

4.5.3. Aspect thérapeutique et évolutif

4.5.3.1. Mesures de réanimation

Le but de la réanimation dans les HDB est de stabiliser le patient sur le plan hémodynamique afin qu'un traitement étiologique puisse être administré. De nombreux patients sont stables sur le plan hémodynamique à la présentation, mais pour ceux qui présentent des saignements majeurs, une réanimation précoce est essentielle.

4.5.3.1.1. Oxygénation

Dans notre étude, 7,4% (n = 50) des patients avaient bénéficié d'une oxygénation. Elle n'était pas systématique. Les sujets présentant une dyspnée et un état de choc hémorragique en bénéficiaient.

4.5.3.1.2. Remplissage vasculaire

En ce qui concerne le remplissage vasculaire, 6,5% (n = 44) des patients en avaient bénéficié. Le choix du produit de remplissage était généralement plus tourné vers les cristalloïdes (sérum salé 0,9% et Ringer lactate) que les colloïdes (gélofusine). Ceci s'expliquerait par le coût plus accessible des cristalloïdes et leur meilleure disponibilité dans nos pharmacies.

4.5.3.1.3. Transfusion sanguine

La transfusion sanguine était la mesure d'urgence la plus utilisée dans notre étude (8,0% n = 54). Elle était réalisée en cas d'hémorragie sévère décompensée. Dans notre étude, 8,0% (n = 54) des patients avaient une anémie sévère (taux d'hémoglobine < 7g/dl).

4.5.3.2. Traitement étiologique

4.5.3.2.1. Maladie hémorroïdaire

Dans notre étude, la maladie hémorroïdaire était traitée majoritairement par ligature élastique. 74,4% des patients qui présentaient cette pathologie avaient bénéficié d'une ligature élastique, 20,6% avait bénéficié d'un traitement médical à base de veinotonique, de laxatif, de crèmes et suppositoires anti-hémorroïdaires et 5% des patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. Spindler et al [57] en France en 2020 notaient également que la ligature élastique était la technique la plus utilisée dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Dans notre étude 88,2% des patients notaient une évolution favorable sous traitement. Ce chiffre était semblable à celui de Spindler et al [57] qui notaient une évolution favorable chez 90% des patients.

4.5.3.2.2. Polypes coliques

Dans notre étude, tous les cas de polypes avaient bénéficié d'une polypectomie endoscopique. Coulibaly et al faisaient la même remarque au Mali en 2020.

Dans notre étude l'évolution était favorable dans 96,5% des cas. Ce résultat était semblable à celui de Coulibaly et al qui notaient une évolution favorable dans 97,95% des cas. L'évolution défavorable était marquée en partie par une récidive hémorragique post-polypectomie ; c'était le cas chez 2,1% des patients dans notre étude. Ce résultat était semblable à ceux de Coulibaly et al [58] (2,03%) et proche de celui de Agar et al [59] en Tunisie en 2017 (1,77%). Il convient de mentionner que la plupart de nos patients avaient des polypes de petite taille, facilement résécables ne nécessitant pas de geste endoscopique complexe comme une dissection sous muqueuse.

4.5.3.2.3. Tumeurs colo-rectales et anales

Seulement 37,4% (n = 37) des cas de tumeurs colo-rectales et anales avaient bénéficié d'un traitement chirurgical et/ou une chimiothérapie. Sur ce total, 75,7% des patients notaient une évolution favorable.

4.5.3.2.4. Diverticules coliques

Le traitement des diverticules coliques était essentiellement symptomatique fait d'antalgique et de régulateur du transit. L'évolution était favorable chez 89,5% des patients marquée par un arrêt du saignement. Notons qu'aucun cas de diverticule n'avait été traité chirurgicalement dans notre étude.

4.5.3.2.5. Fissures anales

Les fissures anales avaient été traitées avec des crèmes cicatrisantes et des régulateurs du transit. Aucun traitement chirurgical n'avait été effectué durant la période. Néanmoins l'évolution était favorable chez la totalité des patients.

4.5.3.2.6. Colites infectieuses

Dans notre étude, les colites infectieuses avaient été traitées par antibiothérapie avec une évolution favorable chez la totalité des patients. Aucune coproculture ou coprologie parasitaire n'avait été réalisée comme c'était le cas dans les études occidentales. Ceci pourrait être dû aux coûts de ces examens qui ne sont pas toujours à la portée des patients.

4.5.3.2.7. MICI

Les MICI avaient été traités par les corticoïdes et les immunosuppresseurs avec une évolution favorable chez 73,3% des cas. Aucun de ces patients n'avait bénéficié de traitement chirurgical.

L'évolution était globalement favorable chez 90,0% des patients, 10,0% de récidive hémorragique avec un taux de décès à 2,7%. Ce résultat était proche de celui de l'Association Nationale des Hépato-Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux de France [53] en 2009 qui trouvait un taux de décès à 3,1%.

On notait également dans notre étude une proportion plus élevée de décès chez les sujets âgés de plus de 65ans (2,1% ; n=15) et il existait un lien statistiquement significatif entre l'âge supérieur à 65 ans et le décès (p = 0,036). Makela et al [51] faisaient également la même remarque. De plus, on notait également un taux de décès plus élevé chez les hommes (66,7%) mais il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le décès et le sexe masculin.

Cette proportion de décès était en adéquation avec le sex-ratio des HDB dans notre étude (2,0).

4.5.4. Aspects pronostique

4.5.4.1. Influence de l'âge sur le décès

L'âge avait été identifié comme facteur associé au décès et les patients âgés de plus de 65 ans avaient un risque plus élevé de décéder d'une HDB que les patients âgés de moins de 65 ans. C'était également le cas dans l'étude de Strate et al aux Etats-Unis en 2008 qui trouvaient que le risque de décès suite à une HDB était plus élevé chez les patients âgés de plus de 70 ans.

4.5.4.2. Influence de l'abondance du saignement sur le décès

L'abondance du saignement était également associée au décès, les patients qui présentaient une hémorragie de grande abondance avaient un risque plus élevé de décéder suite à une HDB que les patients qui présentaient une hémorragie de faible ou de moyenne abondance. Strate et al aux états unis en 2008 rapportait un risque plus élevé de décès chez les patients présentant une hémorragie de grande abondance.

4.5.4.3. Influence de la récidive hémorragique sur le décès

Comme autre facteur associé au décès, on retrouvait la récidive hémorragique. En effet, les patients qui présentaient une récidive hémorragique étaient plus exposés au décès que les patients qui n'en présentaient pas.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique, portant sur les HDB à Cotonou. Nous avons étudié ses aspects épidémiologiques, diagnostiques, étiologiques et thérapeutiques. Nous avons également fait une analyse des facteurs étiologiques et pronostiques. Ce travail nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

- La fréquence des HDB à Cotonou était de 2,8%.
- La prédominance masculine était nette avec un sex-ratio à 2,0.
- L'âge moyen était de 49,2 ± 2,5 ans.
- Les couches socio-économiques à faibles revenus étaient les plus touchées (30,7%).
- Le mode de révélation le plus fréquent des HDB était l'hématochézie (94,4%).
- La durée d'évolution des symptômes était inférieur à 1 mois.
- L'endoscopie était l'examen de choix dans l'exploration des HDB, en raison du double intérêt qu'elle présente (diagnostique et thérapeutique).
- Le délai de réalisation de l'endoscopie était en moyenne de 5,6 ± 0,5 jours.
- Les étiologies les plus fréquentes étaient la maladie hémorroïdaire (35,9%), les polypes coliques (23,0%) et les tumeurs colo-rectales (14,0%).
- Les recommandations pour la prise en charge thérapeutiques sont presque toutes respectées.
- L'évolution était favorable dans la grande majorité des cas.
- Le décès était lié à l'âge et survenait beaucoup plus chez les sujets âgés de plus de 65 ans.

SUGGESTIONS

Au vu des résultats obtenus à l'issue de notre travail et dans le but d'améliorer la prise en charge des HDB à Cotonou, nous formulons les suggestions suivantes :

- A l'endroit des autorités politiques et administratives du Bénin
  - Eduquer la population sur les causes des HDB et l'importance de consulter tôt.
  - Equipée le CNHU-HKM en matériel de vidéo capsule endoscopique
  - Entreprendre des recherches à grande échelle sur les facteurs de risque des HDB.
- A l'endroit de la direction du CNHU-HKM et de l'hôpital de Menontin
  - Informatiser les dossiers et le système d'archivage
- A l'endroit des agents de santé
  - Eduquer les patients sur l'importance d'avoir un régime alimentaire riche en fibre.
- A l'endroit de la population
  - Adopter un régime alimentaire riche en fibre.
  - Consulter immédiatement dès l'apparition de sang lors de la défécation.

REFERENCES

[1] Lesur G, Grigoriu I. Hémorragies digestives basses. EMC-Gastro-entérologie. 2008;3:1–13. DOI : 10.1016/S1155-1968(08)46441-6

[2] Kamina P. Anatomie humaine. 3e éd. Paris: Maloine;2014.342p

[3] Rouvière H, Delmas A. Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. 14e éd. Paris: Elsevier Masson;1997.725p

[4] Laurent S. Traité des maladies de l'anus et du rectum. 1ere éd. Paris: Elsevier Masson;2007.

[5] Hôpital Diaconesses Croix Saint Simon. Diverticulose colique [En ligne]. 2018[cité le 11 fev 2023]. Disponible sur:https://hopital-dcss.org/diverticulose-colique

[6] Boullier M, Fohlen A, Viennot S, Alves A. Comment prendre en charge une hémorragie digestive basse en 2022 ? [En ligne]. 2022 [cité le 11 fev 2023];159(6):515-526. DOI: 10.1016/j.jchirv.2022.04.009

[7] Association française de Formation Médicale Continue en Hépato-gastro-entérologie. Hémorragies digestives basses graves : prise en charge [En ligne]. 2013[cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/hemorragies-digestives-basses-graves-prise-en-charge/

[8] Cerny V, Spahn D, Coats T, Durenteau J, Gordini G, Stahel P et al. American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support. ResearchGate [En ligne]. 2007[cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/American-College-of-Surgeons-Advanced-Trauma-Life-Support-classification-of-haemorrhage_tbl2_6506069

[9] Oakland K, Kothiwale S, Forehand T, Forehand E, Bucknall C. External Validation of the Oakland Score to Assess Safe Hospital Discharge Among Adult Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the US [En ligne]. 2020[cité le 11 fev 2023]; 3(7):3-5. Disponible sur : https://www.mdcalc.com/calc/10042/oakland-score-safe-discharge-lower-gi-bleed

[10] Gajdos P. remplissage vasculaire au cours des hypovolémies absolues ou relatives [En ligne]. 1997[cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Remplissage_vasculaire_au_cours_des_hypovolemies_relatives_ou_absolues.pdf

[11] Ansari P. Revue générale des hémorragies gastro-intestinales - Troubles gastro-intestinaux. Manuel MSD [En ligne]. 2021[cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/h%C3%A9morragie-gastro-intestinale/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-h%C3%A9morragies-gastro-intestinales

[12] Zeitoun J, Chryssostalis A, Lefevre J. KB Hépato gastro entérologie chirurgie viscérale. 6th ed. Paris:VG editions; 2017.607p

[13] Bourienne A, Pagenault M, Heresbach D, Jacquelinet C, Lejean-Colin I, Person B et al. Multicenter prospective study of prognostic factors of gastroduodenal ulcer hemorrhages: reevaluation of clinical and endoscopic factors in the era of endoscopic hemostasis. Gastroenterol Clin Biol. 2000;24(2):193–200.

[14] Mougenot JF, Faure C, Goulet O. Endoscopie digestive [En ligne]. 2001[cité le 11 fev 2023];36(3):1-24. DOI : 10.1016/S1245-1789(01)72022-7

[15] VIDAL. Endoscopie, fibroscopie et colioscopie [En ligne]. 2021. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/sante/examens-tests-analyses-medicales/endoscopie-fibroscopie-coloscopie.html

[16] VIDAL. L'endoscopie digestive basse ou coloscopie [En ligne]. 2021. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/sante/examens-tests-analyses-medicales/endoscopie-fibroscopie-coloscopie/endoscopie-basse-coloscopie.html

[17] Sacher-Huvelin S, Bourreille A, Le Rhun M, Galmiche J. Nouvelles perspectives en endoscopie diagnostique : la vidéocapsule [En ligne]. 2009 [cité le 11 fev 2023]; 33(8):747–757. DOI: 10.1016/j.gcb.2009.07.002

[18] Gay G, Delvaux M, Fassler I. L'entéroscopie double ballon: Principes, méthodologie, résultats et indications [En ligne]. 2005 [cité le 11 fev 2023]; 35(3):317–327. DOI: 10.1007/BF03003278

[19] Lahlou A. Les hémorragies digestives basses chez l'enfant [thèse de Doctorat en Médecine]. Fès: Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH;2012.171p.

[20] Schmutz G, Régent D, Hoang M, Barc R, Danse E. Radiologie et imagerie médicale : Abdominale - Digestive - Archives. EM consulte [En ligne].

2022 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur:https://www.em-consulte.com/traite/r4/articlesarchives

[21] Raine P. Investigation of rectal bleeding [En ligne]. 1991 [cité le 11 fev 2023]; 66(3):279–280. DOI : 10.1136/adc.66.3.279

[22] Ajmi S, Sahnoun L, Boujelbene N, Sriha B, Essabbah H. Hémorragie d'un diverticule de Meckel de l'enfant découvert par scintigraphie au Technétium 99m.1ere éd.Paris:Masson,2005.

[23] Lane V, Sugarman I. Investigation of rectal bleeding in children [En ligne]. 2010 [cité le 11 fev 2023];20(10): 465–472. DOI: 10.1016/j.paed.2010.06.008

[24] Gordon F, Watkinson A, Hodgson H. Vascular malformations of the gastrointestinal tract [En ligne]. 2001 [cité le 11 fev 2023]; 15(1): 41–58. DOI: 10.1053/bega.2000.0155

[25] Association française de Formation Médicale Continue en Hépato-gastroentérologie. Angiodysplasies hémorragiques du tube digestif. FMC-HGE, [En ligne]. 2014 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/angiodysplasies-hemorragiques-du-tube-digestif/

[26] Fathallah N. Maladie de Crohn anus - Hôpital Paris Saint Joseph [En ligne]. 2023 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.hpsj.fr/specialites/proctologie/pathologies/maladie-de-crohn/

[27] Munck A, Mougenot J-F, Olschwang S, Peuchmaur M. Polypes et polyposes des enfants [En ligne]. 1998[cité le 11 fev 2023] 24:449-459. DOI: 10.1007/BF02968666

[28] Durno C. Colonicpolyps. Can J Gastroenterol. 2007;21(3):233-239.

[29] Perrod G, Rahmi G, Cellier C. Comment caractériser les polypes colorectaux [En ligne]. 2017 [cité le 11 fev 2023];20(6):346-351. Disponible sur: https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/26112.pdf

[30] Gbessi G , Kpossou A , Gnangnon F , Lawani I , Imorou S , Sehonou J et al. Les cancers digestifs chez l'adulte au CNHU-HKM de Cotonou de 2011 à 2015 : aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. J AFR CHIR DIGEST 2021; VOL 21(1):3211 - 3216.

[31] Joubert H, Chabrun E. Cancer du côlon. SNFGE.org [En ligne]. 2018 [cité le 11 fev 2023]. Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive. Disponible sur: https://www.snfge.org/content/cancer-du-colon-cancer-colorectal

[32] Yè M. Les hémorragies digestives à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso: aspects épidémiologiques , cliniques, thérapeutiques et évolutifs [thèse de Doctorat en Médecine]. Ouagadougou: université de Ouagadougou; 2002. 149p.

[33] Joubert H, Chabrun E. Diverticulose colique. SNFGE.org [En ligne]. 2018 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.snfge.org/content/diverticulose-colique

[34] Société Nationale Française de Colo-Proctologie. Diverticulose sigmoïdienne. SNFCP [En ligne]. 2019. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur:https://www.snfcp.org/informations-maladies/diverticules-du-colon/diverticulose-sigmoidienne/

[35] Dalibon P. La maladie hémorroïdaire [En ligne]. 2019 [cité le 11 fev 2023];58(584):46-50. DOI: 10.1016/j.actpha.2019.01.019

[36] Association française de Formation Médicale Continue en Hépato-Gastro-Entérologie. Prise en charge de la maladie hémorroïdaire : recommandations européennes. FMC-HGE [En ligne]. 2021. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2021-paris/prise-en-charge-de-la-maladie-hemorroidaire-recommandations-europeennes/

[37] Spindler L, Pommaret E, de Parades V. Traitement instrumental de la maladie hémorroidaire [En ligne]. 2020 [cité le 11 fev 2023];14(1):15-20. DOI: 10.3166/cer-2020-0120

[38] Cocorullo G, Tutino R, Falco N, Licari L, Orlando G, Fontana T, et al. The non-surgical management for hemorrhoidal disease [En ligne]. 2017 [cité le 11 fev 2023]; 38(1):5-14. DOI: https://doi.org/10.11138%2Fgchir%2F2017.38.1.005

[39] Denis J, Puy-Montbrun T, Ganansia R. Diagnostic et traitement des hémorroïdes. Proktos [En ligne]. 2018 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur :https://www.proktos.com/professionnels-de-sant%C3%A9/outils-pratiques/proctologie-pratique/h%C3%A9morro%C3%AFdes

[40] Pioche M, Rivory J. La polypectomie et la mucosectomie pour les lésions colorectales en 2017. FMC-HGE [En ligne]. 2017. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur : https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/exerese-des-polypes-colo-rectaux-recommandations-esge-2017

[41] Vuilleumier H, Nordback P, Givel J. Traitement de la diverticulite colique [En ligne]. 2005.[cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/view/605416/4745382/RMS_24_1600

[42] Favreau-Weltzer C. Traitement de la fissure anale. FMC-HGE [En ligne]. 2021 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2021-paris/traitement-de-la-fissure-anale/

[43] Nelson R, Thomas K, Morgan J. Non surgical therapy for anal fissure [En ligne]. 2011. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002199.pub4

[44] Nelson R, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S. et al. Operative procedures for fissure in ano [En ligne]. 2011. [cité le 11 fev 2023]. DOI : 10.1002/14651858.CD002199.pub4

[45] Littlejohn D. Newstead Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure [En ligne]. 1997[cité le 11 fev 2023];40:1439-1442. DOI : 10.1007/BF02070709

[46] Agar K, Medhioub M, Jardak S, Hamzaoui L, Amal K, Azou M. Facteurs prédictifs d'échèc et complications de la polypectomie colique endoscopique [En ligne]. 2017 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur https://www.snfge.org/content/facteurs-predictifs-dechec-et-complications-de-la-polypectomie-colique-endoscopique

[47] d'Almeida D. Emplacement et configuration optimale d'un service de radiologie : cas de l'hôpital de mènontin [thèse de licence en imagerie médicale]. Abomey-calavi: Universite d'Abomey-calavi;2014.58p.

[48] Drissa K, Traore L, Sogoba G, Sangare S, Konate A, Diarra M et al. Étiologies des Rectorragies chez l'Adulte dans les Centres d'Endoscopie Digestive à Kayes [En ligne]. 2020 [cité le 11 fev 2023];21(9):63-69. Disponible sur: https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2198

[49] Djibril M, M'Ba K, Kaaga Y, Bagny A, Redah S. Aspects étiologiques des rectorragies chez l'adulte en milieu africain : à propos de 85 cas colligés en

12 ans au CHU-Campus de Lomé [En ligne]. 2010[cité le 11 fev 2023]. DOI: 10.4314/jrsul.v11i2.56924.

[50] Mbengue M, Dia D, Diouf M, Bassène M, Fall S, DialloS et al. Apport de la coloscopie dans le diagnostic des rectorragies à Dakar (Sénégal) [En ligne]. 2009 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur : https://www.semanticscholar.org/paper/Apport-de-la-coloscopie-dans-le-diagnostic-des-%C3%A0-MbengueDia/12e6a8635e018a02b5ac27e32708774e5874ceb2

[51] Mäkelä J, Kiviniemi H, Laitinen S, Airaluoma M. Diagnosis and Treatment of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding [En ligne]. 1993 [cité le 11 fev 2023];28(12): 1062–1066. DOI: 10.3109/00365529309098310

[52] Restitution de l'enquête sur les Maladies Non transmissibles au Bénin. Open.Enabel [En ligne].2016. [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur: https://open.enabel.be/fr/BEN/2078/165/u/restitution-de-l-enqute-sur-les-maladies-non-transmissibles-au-bnin-98-de-la-population-adulte--risque.html

[53] Bour B, Pilette C, Lesgourgues B, Nouel O, Heluwaert F, Henrion J et al. Hémorragies digestives basses aiguës: résultats préliminaires d'une étude de l'ANGH sur plus de 1000 malades [En ligne]. 2008 [cité le 11 fev 2023]; 40(3): 60-66. DOI: 10.1055/s-2008-1066902

[54] Diarra A, Fofana Y, Sangaré D, Dicko A, Touré S, Dicko M et al. Aspects Cliniques de la Maladie Hémorroïdaire Interne à l'Hôpital du District de la Commune IV de Bamako [En ligne]. 2023 [cité le 11 fev 2023]; 24(1):97-100. Disponible sur: https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4114

[55] Okon J, N'dri N, Toth'o A, Assi C, Diakite M, Soro D. Diagnosis of hematochezia in Abidjan Cocody University Hospital (Ivory Coast) [En ligne]. 2013 [cité le 11 fev 2023];22(4):398-400. DOI :10.1684/mst.2012.0109

[56] Gower-Rousseau C. Epidémiologie des maladies inflammatoires chroniques de l'Intestin en France: apport du registre EPIMAD [thèse de doctorat en Médecine]. Lille: Universite Lille nord de France; 2013.95p

[57] Spindler L, Fathallah N, Pommaret É, Benfredj P, Mituialy A, Parades V et al. Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) et traitement

de la maladie hémorroïdaire [En ligne]. 2021 [cité le 11 fev 2023]; 28(5): 569–576. DOI : 10.1684/hpg.2021.2166

[58] Coulibaly, Sow H, Doumbia K, Dicko M, T Sidibé, Sanogo D et al. Aspects endoscopiques et therapeutiques des polypes colo-rectaux au chu gabriel toure et à la clinique « promenade des angevins » de bamako [En ligne]. 2020 [cité le 11 fev 2023]; 35(4): 33-35. Disponible sur : https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=04647874&AN=149083068&h=8nuhK5OebnDO6KmYEaJBbGp0yf6MbTHMbECUvyBeeXi4ekY8J8cb0Vz7eUgpPED6MdwsYbsT6dempeaJx54m2Q%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d04647874%26AN%3d149083068

[59] Agar K, Medhioub, Jardak S, Hamzaoui L, Amal K, Azou M. Facteurs prédictifs d'échèc et complications de la polypectomie colique endoscopique [En ligne]. 2017 [cité le 11 fev 2023]. Disponible sur https://www.snfge.org/content/facteurs-predictifs-dechec-et-complications-de-la-polypectomie-colique-endoscopique

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES A COTONOU

Fiche n° : N° de dossier : Année :

1-Données socio-démographiques

Age : 18 à 24 ans ☐ 25 à 31 ans ☐ 32 à 38ans ☐
39 à 45ans ☐ 46 à 52ans ☐ 53 à 59ans ☐
60 à 66ans ☐ 67 à 73 ans ☐ 74 à 80ans ☐
81 à 87ans ☐

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Profession : Commerçant(e) □ Artisan/Ouvrier □
Enseignant(e) □ Elève/Etudiant(e) □
Agent de santé □ Paysan/Pêcheur/Eleveur □
Agent de banque □ Comptable □
Agent SBEE/SONEB □ Ménagère □
Chauffeur □ Retraités □
Sans emploi □

Ethnie : Fon ☐ Yoruba ☐ Adja ☐
Mina ☐ Goun ☐ Mahi ☐
Hwla ☐ Dendi Bariba ☐
Langues étrangères ☐

Religion : Christianisme □ Islam □
Religions endogènes □ Athée □

Résidence : Urbaine □ Semi Urbaine □ Rurale □

Situation matrimoniale : Célibataire □ Marié □
Concubinage □ Veuf □

Motif d'admission : Méléna □ Hématochézie □

ATCD médicaux : MICI ☐ Constipation ☐ Coagulopathie ☐
Diverticule ☐ Maladie hémorroïdaire ☐
Tumeur colo-rectale ☐ HDB ☐

Prise de médicament : ATB ☐ Fer ☐ Charbon ☐ AINS ☐

ATCD Chirurgicaux : Chirurgie colorectale ☐ Chirurgie intestinale ☐

2-Données cliniques

Durée d'évolution des symptômes : <1mois ☐ entre 1 et 12mois ☐ >12mois □

Pâleur des muqueuses : Oui ☐ Non ☐

Etat de choc : Oui ☐ Non ☐

AEG : Oui ☐ Non ☐

Abondance de l'hémorragie : Faible □ Moyenne □ Grande □

Mode de survenue par rapport aux selles : Mêlées aux selles ☐ En fin des selles ☐
En fin de selles ☐

Fièvre : Oui ☐ Non ☐

Douleur abdominale : Oui ☐ Non ☐

Diarrhée : Oui ☐ Non ☐

Constipation : Oui ☐ Non ☐

Distension abdominale : Oui ☐ Non ☐

Masse abdominale : Oui ☐ Non ☐

Arthralgie : Oui ☐ Non ☐

Marge anale : Fissure anale ☐ polype accouché ☐

Normale ☐

Toucher rectal : Rectorragie ☐ masse rectale ☐ normal ☐

3-Données paracliniques

Données biologiques : NFS : Hb…. Hte…. Plq…. PN….

CRP…. TP TCK….

Fibrinogène…. **Coproculture**….

VS….

Examen parasitologique des selles….

Données d'imagerie médicale : Délai de réalisation **:** < 48H ☐ 2-7jours ☐

>7jours ☐

Coloscopie : Oui ☐ Non ☐

Si Oui : Résultat….

Ano-recto-sigmoïdoscopie **:** Oui ☐ Non ☐

Si Oui : Résultat….

Endoscopie haute : Oui ☐ Non ☐

Si Oui : Résultat….

Echographie abdominale : Oui ☐ Non ☐

Si Oui : Résultat….

Entéroscanner : Oui ☐ Non ☐

Si Oui : Résultat….

4- Etiologies

Polype ☐ Diverticule de Meckel ☐

MICI☐ Colite infectieuse ☐

Prolapsus rectal ☐ Fissure anale ☐

Maladie hémorroïdaire ☐

Diverticulose colique ☐

Colite microscopique ☐

Tumeur colo-rectale ☐

5- Données thérapeutiques

Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Mesures de réanimation : Oui ☐ Non ☐

Transfusion sanguine : Oui ☐ Non ☐

Traitement médical : ATB ☐ Corticoïde ☐ Immunosuppresseur ☐

Veinotoniques ☐ Crème anti hémorroïdaire ☐

Traitement instrumental des hémorroïdes : Oui ☐ Non ☐

Traitement endoscopique : Oui □ Non □

Traitement chirurgical : Oui☐ Non ☐

6- Données évolutives

Evolution favorable :	Oui ☐ Non ☐
Récidive hémorragique :	Oui ☐ Non ☐
Complications	Perforation intestinale ☐
	Hospitalisation en réanimation ☐
	Décès : Oui ☐ Non ☐

TABLE DES MATIERES

ACTION DE GRACE i

DEDICACES iii

REMERCIEMENTS vii

HOMMAGES ix

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES xiii

LISTE DES TABLEAUX xvii

LISTE DES FIGURES xx

SOMMAIRE xxii

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 4

1.1. Définitions 5

1.2. Rappels anatomiques et physiologiques 5

1.2.1. Duodénum 5

1.2.2. Jéjuno-iléon 7

1.2.3. Gros intestin 10

1.3. Etiopathogénie 18

1.3.1. Les HDB d'origine hémorroïdaire 18

1.3.2. Les HDB diverticulaires 19

1.3.3. Les HDB d'origine tumorale 20

1.3.4. Les HDB par les fissures anales 20

1.3.5. Les HDB dans les angiodysplasies 20

1.4. Diagnostic 21

1.4.1. Diagnostic positif 21

1.4.2. Diagnostic différentiel 21
1.4.3. Diagnostic de gravité 22
1.4.4. Mise en condition 26
1.4.5. Diagnostique étiologique 28
1.5. Traitement 49
1.5.1. But 49
1.5.2. Moyens 49
1.5.3. Indications 52
1.5.4. Surveillance et évolution 57
1.6. Pronostic 57
1.7. Prévention 58
1.7.1. Prévention primaire 58
1.7.2. Prévention secondaire 58
1.7.3. Prévention tertiaire 58
2. CADRE ET METHODES D'ETUDE 59
2.1. CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE – HUBERT KOUTOUKOU MAGA 60
2.1.1. CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'HEPATO – GASTRO – ENTEROLOGIE 61
2.2. HOPITAL DE MENONTIN 63
2.2.1. SERVICE D'ENDOSCOPIE 65
2.3. TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE COLLECTE DE DONNEES 65
2.4. POPULATION D'ETUDE 65

2.4.1. Critères d'inclusion 66
2.4.2. Critères de non inclusion 66
2.5. ECHANTILLONNAGE 66
2.6. Variables d'études 66
2.6.1. Variable dépendante 66
2.6.2. Variables indépendantes 66
2.7. Collecte de données 68
2.7.1. Outils de collecte 68
2.7.2. Technique de collecte 68
2.7.3. Traitement et analyse de données 68
2.8. Aspects administratifs et considérations éthiques 69
3. RESULTATS 70
3.1. Etude descriptive 71
3.1.1. Présentation globale des résultats 71
3.1.2. Données sociodémographiques 72
3.1.3. Données cliniques 77
3.1.4. Données paracliniques 85
3.1.5. Etiologies 89
3.1.6. Traitement et évolution 91
3.2. Etude analytique 95
3.2.1. Profil socio-démographique des patients en fonction des étiologies 95
3.2.2. Aspects pronostiques 98
4. DISCUSSION 101

4.1. Atteinte des objectifs de l'étude 102
4.2. Qualité et validité des résultats 102
4.2.1. Validité interne 102
4.2.2. Validité externe 103
4.3. Evaluation des différents biais 103
4.3.1. Biais de sélection 103
4.3.2. Biais d'informations 103
4.4. Limites et contraintes de l'étude 103
4.5. Commentaire et discussion des résultats 104
4.5.1. Aspects épidémiologiques 104
4.5.2. Aspects diagnostiques 106
4.5.3. Aspect thérapeutique et évolutif 112
CONCLUSION 117
SUGGESTIONS 119
REFERENCES 121
ANNEXES ..... a
TABLE DES MATIERES ..... g

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et 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 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 sont 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 les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

Résumé

Introduction : Les hémorragies digestives constituent la principale urgence en hépato-gastroentérologie nécessitant parfois une hospitalisation en unité de soins intensifs. L'urgence est de savoir reconnaître rapidement les hémorragies graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patients. En Afrique, plusieurs pays ont réalisé des études à ce sujet. Au Bénin très peu de données sont disponibles. L'objectif de ce travail était d'établir le profil épidémiologique, diagnostique, étiologique et thérapeutique des HDB à Cotonou et d'analyser les facteurs étiologiques et pronostiques associés. **Méthode** : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une période allant de Janvier 2017 à Décembre 2022. Elle avait porté sur les dossiers médicaux de tous les patients admis pour HDB durant la période d'étude. Les données collectées ont été enregistrées et traitées avec les logiciels épi info version 7.2.1.0 et SPSS version 25. Le test de Chi-2 de Fisher a été utilisé avec le calcul de la probabilité p. Une probabilité p inférieure à 0,05 était considérée significative. **Résultats** : Au total 674 patients avaient été retenus. L'âge moyen était de 49,2 ± 2,5 ans. Il était observé une prédominance masculine (66,2% ; n=446) avec une sex ratio à 2,0. Les couches socio-économiques à faibles revenus étaient les plus touchés. L'hématochézie était le mode d'extériorisation des HDB le plus fréquent (94,4% ; n=636). La durée d'évolution des symptômes était inférieure à un mois chez la majorité des patients (50,6% ; n=365). L'HTA étaient l'ATCD le plus retrouvé (38,0% ; N=203). La constipation était le signe digestif le plus retrouvé (15,4% ; n=104). La majorité des patients avait réalisé l'endoscopie 48h après leur première consultation (51,1% ; N=405). L'étiologie la plus fréquente était la maladie hémorroïdaire (35,9% ; N=621), suivie des polypes (23,0% ; N=621). La ligature élastique était le moyen thérapeutique le plus utilisé dans les maladies hémorroïdaires (74,4% ; N=223) et la polypectomie endoscopique dans les cas de polype (100% ; N=143). L'évolution était favorable dans la majorité des cas (90,0% ; N=559) avec une récidive hémorragique dans 10,0% (n=56). La mortalité était de 2,7% (n=18). **Conclusion** : Les HDB sont de plus en plus fréquentes à Cotonou. Les moyens diagnostiques disponibles sont performants et la prise en charge est de qualité dans les principaux centres de Cotonou. **Mots clés** : Hémorragies digestives basses, endoscopie, étiologies, Cotonou.

Abstract

Introduction: Gastrointestinal bleeding is the main emergency in hepato-gastroenterology sometimes requiring hospitalization in an intensive care unit. The urgency is to know how to quickly recognize the serious haemorrhages which can jeopardize the vital prognosis of the patients. In Africa, several countries have carried out studies on this subject. In Benin very few data are available. The objective of this work was to establish the epidemiological, diagnostic, etiological and therapeutic profile of HDB in Cotonou. **Method**: This was a retrospective, descriptive and analytical study over a period from January 2017 to December 2022. It covered the medical records of all patients admitted for HDB during the study period. The data collected were recorded and processed with epi info version 7.2.1.0 and SPSS version 25 software. Fisher's Chi-square test was used with the calculation of the probability p. A probability p less than 0.05 was considered significant. **Results**: A total of 674 patients were selected. The mean age was 49.2 ± 2.5 years. A male predominance was observed (66.2%; n=446) with a sex ratio of 2.0. Low-income socio-economic strata were the most affected. Hematochezia was the most frequent mode of HDB exteriorization (94.4%; n=636). The duration of symptom evolution was less than one month in the majority of patients (50.6%; n=365). Hypertension was the most found ATCD (38,0%; N=203). Constipation was the most found digestive sign (15.4%; n=104). The majority of patients had performed the endoscopy 48 hours after their first consultation (51.1%; N=405). The most common etiology was hemorrhoidal disease (35.9%; N=621), followed by polyps (23.0%; N=621). Rubber band ligation was the most used therapeutic means in hemorrhoidal diseases (74.4%; N=223) and endoscopic polypectomy in polyp cases (100%; N=143). The evolution was favorable in the majority of cases (90.0%; N=559) with a bleeding recurrence in 10.0% (n=56). Mortality was 2.7% (n=18). **Conclusion**: HDBs are more and more frequent in Cotonou. The diagnostic means available are efficient and the care is of high quality in the main centers of Cotonou. **Keywords**: Lower gastrointestinal bleeding, endoscopy, etiologies, Cotonou.