

## ARTICLE ORIGINAL

## PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE GASTRO-DUODENALE AU CHU DE BRAZZAVILLE

SURGERY IN MANAGING UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING AT THE TEACHING HOSPITAL OF BRAZZAVILLE

D MASSAMBA MIABAOU(1), N ELE (2), KC MAHOUNGOU NGUIMBI (3), M NOTE (2), N MOTOULA (2), B ELENGA MBOLLA (1), D GASSAYE (4)

1- Service des Urgences  
3- Service de Réanimation polyvalente2- Service de Chirurgie digestive  
4- Service de Gastro-entérologie

## RÉSUMÉ

**Objectif :** l'hémorragie digestive haute gastroduodénale est l'une des principales urgences digestives. La chirurgie peut être le dernier recours lorsque le traitement médical et l'endoscopie n'ont pu l'arrêter.

Le but de ce travail est de prouver l'intérêt et la place de la laparotomie d'hémostase dans la prise en charge de cette hémorragie.

**Méthodologie :** il s'est agi d'une étude rétrospective (janvier 2008 à décembre 2012) réalisée dans le Service des Urgences du CHU de Brazzaville.

**Résultats :** parmi les 324 patients admis pour une hémorragie digestive haute gastroduodénale, treize (9 hommes et 4 femmes) ont été opérés soit 4,01%. L'âge moyen était de 41 ans. La laparotomie d'hémostase a été envisagée devant la persistance de l'hémorragie en dépit du traitement médical bien conduit ainsi que la transfusion de plus de 5 poches de sang. Sept patients ont eu un diagnostic préopératoire endoscopique: ulcère gastrique : 2 ; ulcère duodénal : 4 ; tumeur gastrique : 1. Le reste (6) ont eu un diagnostic en per opératoire. Les interventions suivantes ont été réalisées : ligature vasculaire simple : 5 ; gastrectomie partielle (2/3) associée à une anastomose gastroduodénale (PEAN) : 3 ; gastrectomie partielle (2/3) associée à une anastomose gastro-jéjunale (FINSTERER) : 2 ; ligature vasculaire associée à une vagotomie tronculaire et une pyloroplastie : 2. Aucun geste chirurgical n'a été réalisé chez une (1) patiente ayant présenté une gastrite hémorragique de découverte per opératoire. Trois décès ont été enregistrés dont deux (2) récidives hémorragiques post opératoires.

**Conclusion :** en cas d'échec du traitement médical et lorsque l'hémostase endoscopique ne peut être réalisée, la chirurgie reste le seul moyen de sauvetage des hémorragies digestives gastroduodénales.

**Mots clés :** Hémorragie gastroduodénale, Laparotomie d'hémostase

## SUMMARY

**Objective:** the upper gastrointestinal bleeding is one of the main digestive emergencies. Surgery usually constitutes the last resort when medical treatment and endoscopy turns out unsuccessful. The objective of this study was to determine the place and nature of surgery in the management of gastric or severe and persistent duodenal bleeding in patients seen at the University Hospital of Brazzaville, Republic of Congo.

**Method:** this was a retrospective study carried out from January 2008 to December 2012 in the Emergency Department of the Teaching Hospital of Brazzaville.

**Results:** among the 324 patients admitted for upper gastrointestinal bleeding, 13 (9 men and 4 women) underwent to surgery (4.01%). The mean age was 41 years. Hemostasis laparotomy was indicated when bleeding persisted despite good medical treatment and transfusion of more than 5 units of blood. Seven patients had a preoperative endoscopic diagnosis, gastric ulcer: 2; duodenal ulcer: 4; gastric tumor: 1. The remaining (6) were seen intraoperatively. The following procedures were performed: single vascular ligation: 5; partial gastrectomy (2/3) associated with gastroduodenal anastomosis (PEAN) : 3; partial gastrectomy (2/3) associated with a gastrointestinal anastomosis (Finsterer) : 2, vascular ligation associated with truncular vagotomy and pyloroplasty: 2. No surgery was performed in one patient presented with hemorrhagic gastritis discovered during surgery. Three deaths were reported of which two recurring post-surgery bleedings.

**Conclusion:** In case of failure of medical treatment and when endoscopic hemostasis cannot be performed, surgery is the only way to treat

**Keywords:** Gastrointestinal Hemorrhage, Laparotomy, Hemostasis

## Tirés à part

Docteur Didace MASSAMBA MIABAOU      Service de Chirurgie digestive- CHU de Brazzaville  
Tél : 06 668 56 39      BP : 1872      BRAZZAVILLE-CONGO      E. mail : didamassamba@gmail.com

## INTRODUCTON

L'hémorragie digestive haute est l'une des principales urgences en gastro-entérologie. En dépit des progrès diagnostiques et thérapeutiques par l'endoscopie, elle conserve encore un pronostic vital redoutable [1,2]

Lorsque l'hémorragie n'est pas maîtrisable médicalement et à l'endoscopie, la chirurgie de sauvetage est le dernier recours [3,4]

Le but de ce travail est de préciser la place et la nature du geste chirurgical dans la prise en charge de l'hémorragie gastrique ou duodénale sévère et persistante au CHU de Brazzaville.

## PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective (janvier 2008 à décembre 2012) réalisée dans le Service des Urgences du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

Au cours de cette période, 324 patients ont été admis aux urgences puis hospitalisés dans le Service de Gastro-entérologie, pour une hémorragie digestive haute gastrique ou duodénale. Parmi eux, 13 (9 hommes et 4 femmes) ont eu une chirurgie d'hémostase soit 4,01% des cas.

L'origine gastrique ou duodénale de l'hémorragie a été cliniquement prouvée par la survenue d'hématémèse et/ou de mélaena. Certains patients n'ont pas eu d'exploration endoscopique (leur état hémodynamique ne l'ayant pas permis) et ont été opérés sur la base de la clinique.

La laparotomie médiane sus ombilicale a été indiquée devant l'échec du traitement médical traduit par la persistance du saignement et la transfusion sanguine de plus de cinq (5) poches en 48 heures.

Pour l'hémorragie gastrique d'origine tumorale, nous avons procédé par une gastrectomie. L'origine duodénale de l'hémorragie a été prouvée par une duodénotomie ayant permis l'hémostase par une ligature vasculaire.

## RESULTATS

### *Aspects épidémiologiques, étiologiques et cliniques*

La répartition des patients en fonction de l'âge est présentée dans le tableau I.

L'âge moyen était de 41 ans.

**Tableau I :** Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe

	H	F	T
20 - 29	2	0	2
30 - 39	3	2	5
40 - 49	2	0	2
50 - 59	1	2	3
60 - 69	1	0	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>13</b>

La prise d'anti-inflammatoires a été retrouvée chez 6 patients.

Neuf patients ont présenté une hématémèse associée à un mélaena, et 04, un mélaena isolé.

Tous les patients ont présenté un état de choc hémorragique.

Huit malades ont eu une endoscopie digestive haute en préopératoire. Celle-ci a permis de déterminer la nature et le siège de la lésion. Pour les cinq autres, le diagnostic s'est fait en per opératoire.

### *Aspects thérapeutiques*

Avant l'intervention chirurgicale, tous les patients ont été transfusés. Le nombre de poches de sang administré était compris entre 5 et 14 comme l'indique le tableau II.

**Tableau II :** Quantité de sang transfusé

Nombre de patients	Nombre de poches
2	5
9	6-9
1	10
1	14

La maladie ulcéreuse gastrique ou duodénale a été retrouvée chez 9 patients. Trois cas de tumeurs et un cas de gastrite hémorragique ont également été décelés (Tableau III).

**Tableau III:** Diagnostic per operatoire

	H	F	Total
Ulcère gastrique	2	1	3
Ulcère duodéal	4	2	6
Tumeur gastrique	3	0	3
Gastrite hémorragique	0	1	1
Total	9	4	13

Tous les ulcères ont été postérieurs. Les tumeurs ont été retrouvées sur la face postérieure de l'antré. Les actes réalisés sont répertoriés dans le tableau IV

**Tableau IV:** Gestes chirurgicaux réalisés

	NOMBRE DE CAS
Excision-suture simple	5
Gastrectomie partielle + Anastomose gastro-duodénale (PEAN)	3
Gastrectomie partielle+Anastomose gastro-jéjunale (FINSTERER)	2
Ligature vasculaire+Vagotomie tronculaire + Pyloroplastie	2
Aucun acte	1

La patiente qui a présenté une gastrite hémorragique n'a eu aucun geste spécifique.

#### Evolution

Nous avons noté deux cas de récurrence hémorragique avec décès des patients.

Au total, trois patients sont décédés dans les suites opératoires en réanimation.

Un patient sur les 5 ayant bénéficié d'une excision-suture simple est revenu pour un traitement radical de la maladie ulcéreuse.

#### DISCUSSION

Le recours à la chirurgie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes a considérablement diminué ces dernières années dans les pays développés [3-5]. L'avènement de l'endoscopie diagnostique et surtout thérapeutique en est la raison.

L'indication d'une intervention chirurgicale est exceptionnellement posée d'emblée en cas d'hémorragie. Le traitement de première intention étant médical dans notre [1]. Ailleurs l'endoscopie thérapeutique des ulcères hémorragiques a diminué les

indications de la chirurgie d'hémostase [4,5]. Le recours à la chirurgie ne s'envisage que pour 10% des patients correspondant aux échecs de l'hémostase endoscopique [3].

Au CHU de Brazzaville l'endoscopie d'hémostase n'étant pas d'actualité, la chirurgie de seconde intention a encore une place prépondérante après l'échec du traitement médical. La chirurgie conventionnelle reste l'unique possibilité d'un traitement étiologique de l'hémorragie digestive gastrique ou duodénale au CHU de Brazzaville lorsque l'état général des patients le permet.

L'endoscopie digestive diagnostique préopératoire est souhaitable lorsque qu'elle est faisable, pour faciliter et préparer l'intervention chirurgicale. Lorsqu'elle n'est pas réalisable, la laparotomie exploratrice est le seul moyen à visée diagnostique et hémostatique.

La laparotomie est donc l'unique voie d'accès à la lésion gastrique ou duodénale en procédant par une gastrotomie ou une duodénotomie. Elle vise à priori l'arrêt de l'hémorragie. Ceci est simple en cas d'ulcère gastrique ou duodéal. Le problème est plus délicat lorsqu'il s'agit d'une tumeur gastrique de découverte per opératoire. Ce dernier cas de figure allonge la durée de l'opération parce que l'on est obligé de réaliser une gastrectomie d'hémostase emportant la tumeur. Par conséquent l'anesthésie se prolonge chez des patients déjà fragiles avec les risques de létalité particulièrement chez le sujet âgé [7].

En cas d'ulcère, et lorsque l'état hémodynamique du patient le permet, le traitement radical de la maladie ulcéreuse est souhaitable pour prévenir la récurrence [8]. Sinon l'arrêt du saignement par excision-suture simple suffit en urgence. Le traitement radical se faisant ultérieurement. Mais avec l'avènement des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), ce traitement radical n'est plus d'actualité.

La ligature artérielle endo-ulcéreuse est préférable à la double ligature extra-duodénale. En situation d'urgence hémorragique, la vagotomie tronculaire avec pyloroplastie d'exécution rapide est préférable à la vagotomie hypersélective, réservée aux sujets en bon état général [7].

Dans la présente étude, près de la moitié d'ulcéreux ont eu une ligature simple à cause de leur mauvais état général. Concernant les hémorragies par tumeur gastrique, l'attitude pratique reste inchangée tant en urgence qu'en chirurgie réglée.

Les résultats du traitement chirurgical dépendent largement de l'état hémodynamique des patients, lié au délai de prise en charge opératoire. Le traitement médical doit être évalué dans un délai raisonnable afin de contacter à temps, anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

En dépit de la lourde mortalité, 70% des patients ont bénéficié de la chirurgie d'hémostase.

**CONCLUSION**

La prise en charge de l'hémorragie digestive d'origine gastrique ou duodénale est prioritairement médicale. La chirurgie n'intervient qu'en cas d'échec du traitement médical et endoscopique.

Au Congo, l'endoscopie diagnostique doit maintenant

être couplée à l'endoscopie thérapeutique qui n'est pas encore d'actualité. Sa mise en œuvre limiterait le recours à la chirurgie d'hémostase qui est encore le traitement de seconde intention après le traitement médical.

**REFERENCES**

1- IBARA JR, MASSAMBA MIABAOU D, GASSAYE D, OKOUO M, NGOMA MAMBOUANA P, ITOUA NGAPORO A. Les hémorragies digestives hautes du sujet âgé à propos de 64 cas. Ann. Gastroentérohépatol, 1998, 34 ; 5-6, 233-235.

2- KREISSLER-HAAG D, SCHILLING MK, MAURER CA. Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium. ZentralblChir, 2002, 127(12):1078-82

3- PAUGAM-BURTZ C, BONNEVILLE C, Hémorragie sévère. Place respective de la Chirurgie et de la radiologie interventionnelle. Congrès national d'Anesthésie et de réanimation-Urgences vitales, Elsevier MASSON, 2008, 711-720.

4- PATERON D, DEBUC E, Prise en charge d'une hémorragie digestive haute dans le cadre de l'urgence. Médecine d'urgence 2005, 29-39.

5- PATERON D, CHAILLET M, DEBUC E. Hémorragies digestives. Congrès national d'anesthésie et de réanimation; les Essentiels Elsevier MASSON, 2007, 477-486.

6- CARABALONA J P, MASSENGO R, CARABALONA P. Les hémorragies des ulcères angiotébrants. J. Chir. (Paris), 1985; 122, 6-7, 379-382

7- BREHANT O, FUCKS D, SABBAGH C, WOUTERS C, MENTION C, DUMONT F, REGIMBEAU JM. Ulcère duodénal hémorragique par érosion de l'artère gastroduodénale nécessitant un geste chirurgical : antrectomie ou traitement conservateur? JCHIR, 2008, 05, 145-3