

Facteurs pronostiques des hémorragies digestives sévères aux urgences médicales d'un centre hospitalier universitaire à Abidjan

Ango P D ⁽¹⁾, Mobio N M P ⁽¹⁾, Kouamé K I ⁽¹⁾, Netro E D ⁽¹⁾, Bouh J K ⁽¹⁾, Allou A A A P ⁽¹⁾,
Coulibaly V ⁽¹⁾, N'guessan Y F ⁽¹⁾

1. Université Felix Houphouët Boigny, Unité de formation et de recherche des Sciences Médicales
d'Abidjan, Département de médecine et spécialité, Service d'anesthésie-réanimation.

Auteur correspondant: Ango Privat Désiré, [0000-0001-6689-5896](tel:0000-0001-6689-5896) Mail : privatango@yahoo.fr, tel :
002250707815700

Co-auteurs:

Résumé :

Introduction: Les hémorragies digestives sévères représentent une urgence médico-chirurgicale fréquente, grevée d'une mortalité importante dans les pays à ressources limitées. L'identification des facteurs de mauvais pronostic est essentielle afin d'améliorer la prise en charge précoce des patients. **Patients et methods:** Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique au service des urgences médicales du CHU de Treichville sur une période allant de janvier 2022 à décembre 2024. Ont été inclus les patients âgés d'au moins 15 ans admis pour hémorragie digestive sévère avec un dossier médical exploitable. Les variables épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées afin d'identifier les facteurs associés à un mauvais pronostic.

Résultats: Parmi 6465 admissions, 114 patients présentant une hémorragie digestive sévère ont été retenus. L'âge moyen était de $53,5 \pm 17,5$ ans avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,8). Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient les hépatopathies (42,1 %), le tabagisme (43,9 %), l'éthylisme chronique (36 %) et la prise d'AINS (77,3 %). L'hématémèse constituait le principal mode de révélation. La mortalité hospitalière était de 17,5 %. Les facteurs associés à un mauvais pronostic étaient l'âge supérieur à 55 ans, les antécédents d'HTA, de diabète, de cirrhose ou d'hypertension portale, l'intoxication alcool-tabagique, la prise d'AINS ou d'antiagrégants plaquettaires ainsi qu'un délai d'admission supérieur à 12 heures ($p < 0,05$). **Conclusion:** Les hémorragies digestives sévères restent associées à une mortalité significative au CHU de Treichville. La reconnaissance précoce des facteurs de gravité pourrait améliorer le pronostic des patients.

Mots-clés: hémorragie digestive sévère - facteurs pronostiques - urgences médicales.

Abstract

Introduction: Severe gastrointestinal haemorrhage is a common medical and surgical emergency, associated with high mortality rates in resource-limited countries. Identifying factors associated with a poor prognosis is essential to improving the early management of patients. **Patients and methods:** We conducted a retrospective, descriptive and analytical study in the medical emergency department of Treichville University Hospital over a period from January 2022 to December 2024. The study included patients aged 15 years or older admitted for severe gastrointestinal haemorrhage with a usable medical record. Epidemiological, clinical, biological, therapeutic and clinical course variables were analysed to identify factors associated with a poor prognosis. **Results:** Of 6,465 admissions, 114 patients presenting with severe gastrointestinal haemorrhage were included. The mean age was 53.5 ± 17.5 years, with a predominance of males (sex ratio = 1.8). The main risk factors identified were liver disease (42.1%), smoking (43.9%), chronic alcoholism (36%) and use of NSAIDs (77.3%). Haematemesis was the main presenting symptom. In-hospital mortality was 17.5%. Factors associated with a poor prognosis included age over 55 years, a history of hypertension, diabetes, cirrhosis or portal hypertension, alcohol and tobacco abuse, use of NSAIDs or antiplatelet agents, as well as a time to admission exceeding 12 hours ($p < 0.05$). **Conclusion:** Severe gastrointestinal haemorrhage remains associated with significant mortality at Treichville University Hospital. Early identification of factors indicating severity could improve patient prognosis.

Keywords: severe gastrointestinal haemorrhage – prognostic factors – medical emergencies.

Introduction : Les hémorragies digestives sévères constituent une urgence fréquente en pratique médicale et représentent une cause importante de mortalité hospitalière malgré les progrès thérapeutiques récents [1,2]. Elles regroupent principalement les hémorragies digestives hautes secondaires aux ulcères gastro-duodénaux et aux ruptures de varices œso-gastriques liées à l'hypertension portale [3]. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la gravité des hémorragies digestives est accentuée par les difficultés d'accès aux soins spécialisés, les retards diagnostiques et la fréquence élevée des hépatopathies chroniques [4,5]. Plusieurs facteurs de mauvais pronostic ont été décrits dans la littérature, notamment l'âge avancé, les comorbidités cardiovasculaires et hépatiques, l'instabilité hémodynamique et les délais prolongés de prise en charge [2,6]. Au CHU de Treichville, les hémorragies digestives sévères constituent un motif fréquent d'admission aux urgences médicales. Cependant, peu d'études locales ont spécifiquement analysé les facteurs influençant l'évolution hospitalière des patients. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de mauvais pronostic des hémorragies digestives sévères aux urgences médicales du CHU de Treichville. **Patients et méthodes :** L'étude s'est déroulée au service des urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville à Abidjan, Côte d'Ivoire. Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de trois ans, allant de janvier 2022 à décembre 2024. Ont été inclus tous les patients âgés de 15 ans et plus admis pour hémorragie digestive sévère avec dossier médical exploitable. Étaient inclus les patients

présentant une hématemèse, un méléna ou une rectorragie ; les patients présentant des signes de gravité clinique ou biologique et ayant les dossiers médicaux complets. Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, évolutifs et pronostiques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.1. Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyenne $\pm$ écart-type et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Les associations entre variables pronostiques et évolution hospitalière ont été étudiées avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$. **Résultats :** Durant la période d'étude, 6465 patients ont été admis aux urgences médicales du CHU de Treichville. Parmi eux, 175 présentaient une hémorragie digestive, soit une fréquence hospitalière de 2,7 %. Les formes sévères représentaient 75,4 % des cas. Après application des critères d'inclusion, 114 patients ont été retenus. L'âge moyen était de $53,5 \pm 17,5$ ans avec des extrêmes de 19 et 85 ans. Une prédominance masculine était observée avec un sex-ratio de 1,8. Les principaux antécédents retrouvés étaient les hépatopathies (42,1 %), l'hypertension artérielle et le diabète. Le tabagisme actif concernait 43,9 % des patients et l'éthylisme chronique 36 %. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient utilisés chez 77,3 % des patients, les anticoagulants chez 9,1 % et les antiagrégants plaquettaires chez 7,6 %. L'hématemèse isolée ou associée au méléna représentait le principal mode de révélation. Plus de la moitié des patients étaient admis après un délai supérieur à 6 heures, souvent après un transport non médicalisé. La mortalité à 28 jours était de 17,5 % (**figure 1**).

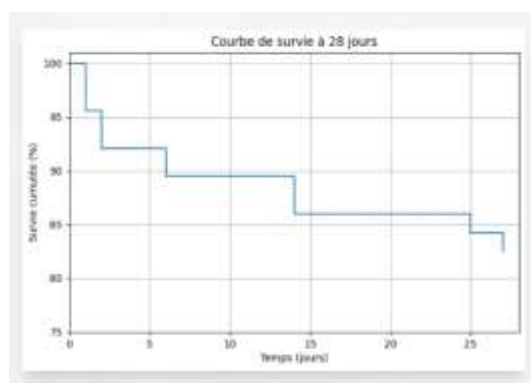


Figure 1: Courbe de survie à 28 jours des patients admis pour une hémorragie digestive sévère aux services d'accueil des urgences médicales

Les facteurs associés à un mauvais pronostic étaient l'âge supérieur à 55 ans, les antécédents d'HTA et de diabète, la cirrhose connue, l'hypertension portale, l'intoxication alcool-tabagique, la prise d'AINS, la

prise d'antiagrégants plaquettaires, le délai d'admission supérieur à 12 heures ($p < 0,05$). (Tableau I)

Tableau I: Facteurs de mauvais pronostics des hémorragies digestives sévères aux urgences médicales

	Evolution défavorable		OR	P value
	Oui (n=20)	Non (n=94)		
Age	63,3±15,2	51,4±17,2	3,35 (1,13-9,97)	0,005
HTA	14	34	4,11 (1,44-11,70)	0,005
Diabète	12	24	4,37 (1,59-11,98)	0,003
Cirrhose connue	7	10	4,52 (1,46-13,98)	0,005
HTP connue	6	10	3,60 (1,12-11,47)	0,02
Alcool	12	38	2,10 (1,05-4,20)	0,03
Tabac	11	30	2,45 (1,20-5,00)	0,01
Alcool et tabac	10	25	2,80 (1,30-6,05)	0,008
AINS	16	47	4,00 (1,24-12,86)	0,01
Anti agrégant plaquettaire	4	1	2,04 (1,21-3,42)	0,001
Admission entre 12h et 24h	8	18	5,54 (1,85-16,61)	0,001
Admission après 72h	3	0	6,52 (4,21-10,11)	0,001

Discussion: Notre étude met en évidence plusieurs facteurs associés à une évolution défavorable des hémorragies digestives sévères aux urgences médicales du CHU de Treichville. L'âge supérieur à 55 ans constituait un facteur pronostique important, comme rapporté dans plusieurs études internationales [1,6]. L'âge avancé est souvent associé à des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques susceptibles d'aggraver le retentissement hémodynamique du saignement digestif. Les antécédents de cirrhose et d'hypertension portale représentaient également des facteurs de gravité majeurs. Les ruptures de varices œsogastriques sont reconnues comme des causes d'hémorragies massives associées à une mortalité élevée [3,4]. La fréquence importante de la consommation d'AINS observée dans notre étude confirme leur rôle majeur dans la survenue des hémorragies digestives sévères. Les AINS favorisent les lésions ulcéreuses gastroduodénales et augmentent le risque de saignement actif [7]. L'association aux antiagrégants plaquettaires aggrave davantage le risque hémorragique. Le retard d'admission supérieur à 12 heures apparaissait également comme un facteur péjoratif important. Dans notre contexte, les difficultés d'accès aux structures spécialisées et l'absence fréquente de transport médicalisé retardent la prise en charge initiale [5]. Ce retard pourrait expliquer la fréquence élevée des anémies sévères observées dans notre série. Enfin, l'intoxication alcool-tabagique retrouvée chez plusieurs patients constitue un terrain favorisant les lésions digestives et les hépatopathies chroniques, aggravant ainsi le pronostic des hémorragies digestives sévères [7]. Dans notre cohorte, la mortalité à 28 jours atteignait 17,5 %,

avec une probabilité de survie estimée à 82,5 %. La majorité des décès survenait précocement, au cours des premiers jours d'hospitalisation. Cette distribution temporelle est conforme aux données récentes, qui montrent que les décès liés aux hémorragies digestives sévères surviennent principalement dans la phase aiguë, en lien avec l'instabilité hémodynamique, l'acidose lactique et la défaillance d'organe. Les études menées en services d'urgences confirment que la mortalité précoce est fortement déterminée par la sévérité initiale, avec plus de 60 % des décès survenant avant J5 dans les formes graves [13,14]. Les scores pronostiques validés tels que AIMS65, Glasgow-Blatchford et Rockall ont démontré une bonne performance pour prédire la mortalité hospitalière et les issues défavorables en contexte d'urgences [13]. Par ailleurs, des biomarqueurs simples et disponibles dès l'admission, comme le lactate/albumine ratio (LAR) et le BUN/albumine ratio (BAR), se sont révélés être des prédicteurs indépendants de mortalité à court terme, y compris à 28 jours [15–17]. Ainsi, la mortalité observée dans notre étude reflète essentiellement la gravité initiale des patients admis pour hémorragie digestive sévère, plutôt que des complications tardives. **Conclusion :** Les hémorragies digestives sévères demeurent une urgence fréquente aux urgences médicales du CHU de Treichville. Les principaux facteurs de mauvais pronostic identifiés étaient l'âge supérieur à 55 ans, les comorbidités cardiovasculaires et hépatiques, l'intoxication alcool-tabagique, la prise d'AINS et le retard de prise en charge. Une identification précoce de ces facteurs pourrait permettre d'améliorer le pronostic et d'optimiser la stratégie thérapeutique.

Références

1. **Stanley AJ, Laine L.** Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ*. 2019;364:l536.
2. **Oakland K, Guy R, Uberoi R, et al.** Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut*. 2018;67(4):654-662.
3. **Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS.** A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2011;74(6):1215-1224.
4. **Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, et al.** Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with other scoring systems. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2016;83(6):1151-1160.
5. **Kim MS, Choi J, Shin WC, et al.** Predictive factors associated with mortality in upper gastrointestinal bleeding. *World Journal of Gastroenterology*. 2022;28(19):2051-2063.
6. **Lee JH, Kim DH, Park YS.** Modified shock index as an early predictor of massive bleeding in gastrointestinal hemorrhage. *American Journal of Emergency Medicine*. 2023;67:52-58.
7. **Oakland K.** Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Meilleures pratiques et recherche en gastroentérologie clinique*. 2019;42-43:101610.
8. **Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, et al.** Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4:18020.
9. **Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J.** Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management. *Hépatologie*. 2017;65(1):310-335.
10. **Adegboyega T, Obaro AE, Ndububa DA.** Clinical profile and outcomes of upper gastrointestinal bleeding in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Revue médicale panafricaine*. 2022;41:187.
11. **Mabiala-Babela JR, Ndziessi G, Nzenze JR.** Prognostic factors of digestive hemorrhage in African emergency departments. *Revue africaine de médecine d'urgence*. 2021; 11(3):356-362.
12. **Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al.** Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations. *Annales de médecine interne*. 2022;175(6):805-824.
13. **Patel R, Singh A, Verma N, et al.** Diagnostic performance of AIMS65, Glasgow-Blatchford, and pre-endoscopy Rockall scores in predicting clinical outcomes among upper gastrointestinal bleeding patients in the emergency department. *Cureus*. 2025;17(11):e96795
14. **Cengiz A, Köksal Y, Aydin SB.** Prédicteurs de mortalité et de conséquences indésirables dans les saignements gastro-intestinaux supérieurs : étude de cohorte rétrospective sur 5 ans. *J Emerg Med*. 2026 mai ; 84:17-27. doi : 10.1016/j.jemermed.2026.01.023. Publié en ligne : 31 janv. PMID : 41863907.
15. **Yang X, Ying S, Yuan X, Ying J, Yang J, Lv L.** Le rapport lactate/albumine comme prédicteur indépendant de mortalité chez les patients en état critique présentant des saignements gastro-intestinaux : étude de cohorte rétrospective. *Gastroentérol BMC*. 26 septembre 2025 ; 25(1):653. doi : 10.1186/s12876-025-04244-9. PMID : 41013310 ; PMCID : PMC12465259.
16. **Bae, S.J., Namgung, M., Jung, K.Y. et al.** Ratio lactate/albumine comme prédiction du pronostic dans les saignements gastro-intestinaux aux urgences. *Intern Emerg Med* **20**, 877–885 (2025). <https://doi.org/10.1007/s11739-024-03723-3>
17. **Yang, X., Chen, M., Zhu, M. et al.** Association entre le rapport azot-albumine dans le sang urée et la mortalité chez les patients gravement malades présentant des saignements gastro-intestinaux : étude de cohorte rétrospective. *BMC Gastroenterol* **25**, 786 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12876-025-04385-x>