

Les Hémorragies Digestives Ulcéreuses Au CHR Moulay Ali Chérif Errachidia: Etat Des Lieux Et Perspectives

M.EL Khayari, N. Lahmidani

Service De Gastrologie, CHR Moulay Ali Cherif Errachidia

Service De Gastrologie, CHU Hassan II FES

Résumé :

Les ulcères gastroduodénaux sont la principale cause d'hémorragie digestive haute. Leur diagnostic repose sur l'examen clinique et l'endoscopie digestive haute. Notre étude vise à analyser le profil épidémiologique, clinique, endoscopique, thérapeutique, pronostique et évolutif de ces hémorragies ulcéreuses au service de gastro-entérologie de l'hôpital régional Moulay Ali Chérif à Errachidia.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée de janvier 2021 à décembre 2023, incluant 63 patients dont les hémorragies ont été confirmées par fibroscopie œsogastroduodénale. L'analyse a porté sur les données démographiques, cliniques, endoscopiques, thérapeutiques, pronostiques et évolutives.

Résultats: L'échantillon comprenait principalement des hommes (49/63) avec un âge moyen de 50,8 ans. Cliniquement, 28 patients présentaient un méléna isolé, contre 27 avec méléna associé à des hématomèses. Le syndrome ulcéreux était observé chez 36,5 % des patients. Les principaux facteurs de risque étaient l'infection à *Helicobacter pylori* (69,84 %), le tabagisme chronique (17,46 %) et la consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (12,69 %). Le diagnostic endoscopique confirmé montrait une prédominance des ulcères bulbo-duodénaux (87,30 %) par rapport aux ulcères gastriques (12,69 %). Des biopsies ont été effectuées chez 50 patients pour rechercher *H. pylori* et évaluer la gastrite. Selon la classification de Forrest, les ulcères se répartissaient principalement en classe III (80,95 %), avec quelques cas en classes Ib, IIb et IIc. Une intervention endoscopique a été réalisée chez 4,76 % des patients, sans nécessité chirurgicale. La récurrence hémorragique a été observée chez 3,17 %, sans mortalité.

Conclusion: En conclusion, l'ulcère gastroduodénal reste la cause prédominante des hémorragies digestives hautes dans notre région, soulignant l'importance d'un contrôle rigoureux des facteurs de risque pour réduire cette problématique fréquente et majeure

Mots clés: Ulcère, Hémorragie, Endoscopie, Facteurs.

Date of Submission: 12-01-2026

Date of Acceptance: 22-01-2026

I. Introduction:

Les hémorragies ulcéreuses constituent la principale cause d'hémorragie digestive haute. Grâce aux progrès récents en endoscopie et en traitements pharmacologiques, la mortalité et les hospitalisations liées à cette pathologie ont été considérablement réduites [1]. Le pronostic repose en grande partie sur le risque de récurrence hémorragique, que la classification de Forrest, développée il y a plus de 40 ans, continue d'éclairer en standardisant l'évaluation des stigmates de saignement récent, en appréciant le risque de réapparition et en orientant la prise en charge thérapeutique [2]. La gestion des patients est systématique, combinant une réanimation précoce, une endoscopie diagnostique et thérapeutique, ainsi que l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons pour stabiliser le pH gastrique et favoriser l'hémostase. [3]

Cette première étude vise à analyser le profil épidémiologique, étiologique et évolutif des hémorragies ulcéreuses au centre régional Moulay Ali Chérif d'Errachidia, en identifiant les caractéristiques des patients, les facteurs de risque et les particularités de leur prise en charge dans notre région Draa -Tafilalet .

II. Matériels Et Méthodes :

Conception de l'étude et critères d'inclusion

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée sur une période de 36 mois, allant de janvier 2021 à décembre 2023. Elle porte sur 63 patients ayant bénéficié d'une fibroscopie digestive haute pour une hémorragie digestive haute, se manifestant par des hématomèses et/ou des méléna.

Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital régional Moulay Ali Chérif, à Er-Rachidia.

Population étudiée

- **Critères d'inclusion** : Patients âgés de plus de 16 ans, présentant une hémorragie digestive haute liée à un ulcère gastrique et/ou bulbaire, se manifestant par des hématomèses, méléna ou rectorragies massives, et ayant bénéficié d'une fibroscopie dans notre établissement.
- **Critères d'exclusion** : Patients de moins de 16 ans, avec des données manquantes dans leur dossier .

Recueil des données

Les données ont été extraites des dossiers médicaux et du registre de fibroscopie, à l'aide d'une fiche d'exploitation et d'un tableau Excel. Les informations recueillies pour chaque patient comprenaient :

- Sexe
- Âge
- Statut tabagique
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Données cliniques, biologiques, endoscopiques, histologiques, thérapeutiques et évolutives .

Parcours des patients

Le circuit de prise en charge des patients présentant un ulcère gastroduodénal hémorragique a été organisé pour assurer une gestion optimale et sécurisée à chaque étape :

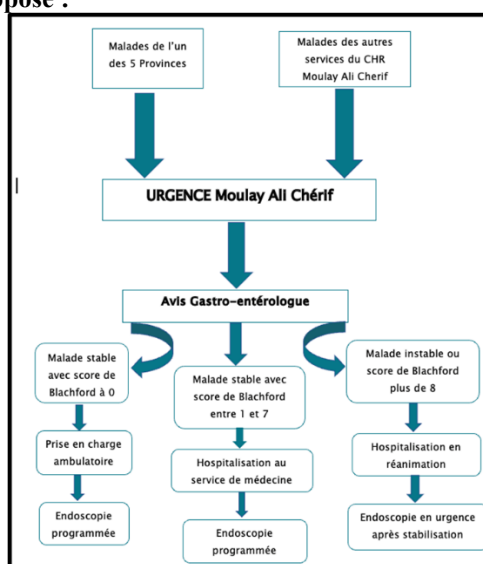
- **Consultation initiale**: Lorsqu'un patient se présente aux urgences avec des symptômes suggestifs (hématomèses, méléna, rectorragies), une évaluation clinique rapide est effectuée, comprenant :
 - La mesure de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque
 - Des examens biologiques d'urgence (NFS, TP/INR, groupage sanguin, fonction rénale)
 - L'estimation du score de gravité clinique selon le score de Glasgow-Blatchford, en s'appuyant sur les recommandations actuelles [4], afin de guider la prise en charge.

- **Hospitalisation**

Le lieu de prise en charge est déterminé en fonction de la stabilité du patient et du score de Glasgow-Blatchford, selon le classement suivant :

- Patients instables : prise en charge en réanimation pour stabilisation, puis transfert en service de gastro-entérologie.
- Patients stables : hospitalisation directe pour un suivi spécialisé.
- Patients à faible risque (score de Glasgow-Blatchford égal à 0) : prise en charge en ambulatoire avec endoscopie différée pour diagnostic.

Voici le circuit des malades proposé :



III. Résultats

Au sein de notre série, comprenant 190 patients admis pour hémorragie digestive haute, 63 ont été diagnostiqués avec une maladie ulcéro-gastroduodénale (MUGD), représentant une prévalence de 33,15%. La population étudiée était majoritairement masculine (77,78%) avec un sex-ratio de 3,5, et l'âge moyen était de 50,8 ans (écart : 20-83 ans). La majorité des patients (82,54%) provenait de la région d'Errachidia.

Les manifestations cliniques se répartissaient en : un méléna isolé chez 44,44%, une association de méléna et hématomèse chez 42,86%, une hématomèse isolée chez 9,52%, et une rectorragie massive chez 3,17%.

Les antécédents médicaux révélaient une consommation chronique de tabac chez 17,46% des patients, sans antécédents ulcero-gastroduodénaux connus. La prise médicamenteuse potentiellement ulcéro-génère comprenait principalement les AINS (12,69%) et les antiagrégants plaquettaires (9,52%). Parmi les comorbidités, l'hypertension artérielle était prédominante (22,22%), suivie du diabète (9,52%), de l'insuffisance rénale chronique (9,52%) et de la cardiopathie (9,52%). Un antécédent chirurgical était rapporté chez 11,11% des patients. (voir tableau 1)

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et epidemiologiques des malades .

Caractéristiques		Données	Pourcentage
Total des patients étudiés		63	
Sexe	Hommes	49	77,78%
	Femmes	14	22,22%
Âge moyen (ans)		50,8 (20-83 ans).	
Origine géographique	Région d'Errachidia	52	82,54%
	Région de Midelt	8	12,70%
	Région de Tinghir	3	4,76%
Antécédents médicaux			
- Hypertension artérielle		14	22,22%
- Diabète		6	9,52%
- Insuffisance rénale chronique		6	9,52%
- Cardiopathie		6	9,52%
Facteurs de risque			
- Tabac chronique		11	17,46%
- AINS		8	12,69%
- Antiagrégants		6	9,52%

L'hospitalisation, principalement en unité de médecine (80,95%), concernait des patients avec une gravité modérée avec un score de Glasgow-Blatchford moins de 8 ,tandis que 17,46% ont nécessité une admission en soins intensifs en raison de critères de gravité, notamment un score de Glasgow-Blatchford supérieur à 8 ou des signes de choc hémorragique.

Les interventions d'urgence comprenaient un remplissage vasculaire systématique, une transfusion chez 50,79% des patients (32/63), suivant les recommandations en transfusion restrictives. La délais d'endoscopie était variable : 25,4% ont été explorés dans les 24 heures, 38,1% entre 24 et 72 heures, et 36,5% après 72 heures. L'endoscopie a révélé une majorité d'ulcères bulbaire (87,30%) versus gastrique (12,69%), avec une localisation prédominante de 41,81% en région antérieure du bulbe et 30,90% en région postérieure. Des ulcères multiples ont été observés chez 9,09% des patients. Les biopsies gastriques, réalisées chez 79,36%, ont confirmé la présence d'*Helicobacter pylori* dans 82% des cas (41/50).(Voir les figures 1 et 2)



Figure 1: illustrant un UB stade III de Forrest

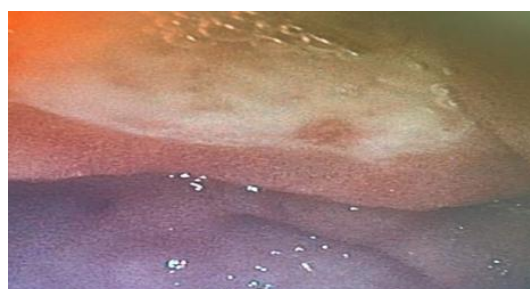


Figure 2: illustrant un UB stade IIc de Forrest

Le traitement médicamenteux systématique incluait une perfusion d'IPP (bolus de 80 mg puis perfusion continue), associée à l'éradication d'*Helicobacter pylori* dès sa détection. Sur le plan endoscopique, trois patients avec ulcères Forrest Ib ont bénéficié d'un traitement combiné (adrénaline + clips hémostatiques). Aucun patient n'a bénéficié de prise en charge chirurgicale.

L'évolution était favorable chez 96,82% des patients, avec une maîtrise de l'hémostase. Deux cas (3,18%) ont présenté une récurrence hémorragique sur ulcère bulbaire au stade Forrest Ib, survenue respectivement deux jours après le premier épisode, nécessitant une nouvelle intervention endoscopique. Aucun décès n'a été enregistré dans cette cohorte. (Voir tableau 2)

Tableau 2 : Les données cliniques, endoscopiques et évolutifs des malades.

Caractéristiques	Données	Pourcentage
Type d'hémorragie révélée		
- Méléna seul	28	44,44%
- Méléna + Hématémèse	27	42,86%
- Hématémèse seul	6	9,52%
- Rectorragie massive	2	3,17%
Type d'ulcère		
- Ulcère bulbaire	55	87,30%
- Ulcère gastrique	8	12,69%
Classification de Forrest		
- IIC (prédominant)	51	80,95%
- IIb, IIa, Ib	12	19,05%
Helicobacter pylori (HP)		
HP+	41/50 biopsies	82%
Évolution		
Récidive	2	3,17 %
Décès	0	0%

IV. Discussion:

Notre étude, réalisée au Centre Hospitalier Moulay Ali Chérif, a permis d'établir une prévalence de 33,15 % de l'ulcère gastroduodénal hémorragique (UGDH) chez les patients admis pour hémorragie digestive haute. Ce taux se situe dans une fourchette intermédiaire par rapport aux données épidémiologiques nationales et internationales. [5] À l'échelle mondiale, une tendance à la baisse de la fréquence des ulcères hémorragiques est observée, notamment avec une réduction de 30 % des hospitalisations pour cette indication aux États-Unis entre 2002 et 2012. En Europe, l'UGDH représente environ 66 % des hémorragies digestives hautes. En Afrique, la prévalence varie de 29,1 % à Ziguinchor (Sénégal) à 39,84 % à Lomé (Togo), notre taux étant en accord avec ces données. [5]

L'âge moyen de notre cohorte était de 50,8 ans, avec une prédominance dans la tranche d'âge 40-59 ans, conformément aux tendances internationales où l'ulcère affecte principalement les adultes d'âge moyen. [6] La majorité des cas provenaient de la région d'Errachidia (82,54 %), ce qui pourrait être en partie dû à la proximité géographique du centre hospitalier, limitant ainsi la généralisation des résultats à d'autres régions.

L'analyse du mode de révélation clinique montre une prédominance du méléna isolé (44,44 %), suivi par la combinaison méléna-hématémèse (42,86 %). En comparant ces données à celles d'autres régions, des variations significatives apparaissent. Par exemple, à Tokyo (Japon), le méléna isolé domine (78,86 %), tandis qu'à Katmandou (Népal), près de la moitié des patients présentent une association méléna-hématémèse (48,24 %). [7]

Les données internationales révèlent également des différences régionales concernant les facteurs de risque, notamment le tabac, observé chez 17,46 % des patients, principalement chez l'homme. Ce taux est inférieur à celui rapporté à Tanger (40 %), suggérant des différences démographiques ou méthodologiques. La prise régulière d'AINS ou d'antiagrégants était recensée chez 22,21 % des patients, confirmant leur rôle prédisposant à l'ulcération gastroduodénale, conformément à la littérature, où la prévalence chez les utilisateurs réguliers est estimée entre 15 et 30 %. [6]

La distribution du score de Glasgow -Blatchford montre que 60,31 % présentaient un risque intermédiaire ($1 \leq \text{GBS} \leq 7$), 38,09 % un risque élevé ($\text{GBS} \geq 8$) et seulement 1,58 % un risque très faible ($\text{GBS} = 0$). Ces résultats contrastent avec ceux de Lomé (Togo), où la valeur moyenne du GBS (9 ± 3) était plus élevée, suggérant une présentation clinique potentiellement plus grave dans cette population. [8] Selon les recommandations de l'ESGE, le score GBS permet d'identifier les patients à très faible risque ($\text{GBS} \leq 1$) qui peuvent être pris en charge en ambulatoire. Dans notre étude, cette catégorie représentait une minorité, justifiant l'hospitalisation de la majorité des patients. [2]

Concernant la prise en charge, 50,79 % des patients ont nécessité une transfusion de culots globulaires, selon les recommandations européennes. Ce taux est compris entre celui de Arai et al. au Japon (56,35 %) et celui du CHU de Fès (45,8 %). [6][9] L'endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD), recommandée dans les 24 heures

suivant la stabilisation hémodynamique par l'ESGE, a été réalisée dans notre série avec des délais variés : 25,4 % en moins de 24 heures, 38,1 % entre 24 et 72 heures et 36,5 % au-delà de 72 heures. À Fès, un délai moyen de 1,7 jour avait été rapporté, ce qui peut s'expliquer par la disponibilité des équipements, les protocoles hospitaliers ou la gravité des cas. [9]

Les modalités thérapeutiques mises en œuvre dans notre étude comprenaient principalement un traitement médical par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), débutant par un bolus de 80 mg, suivi d'une perfusion continue. Ce traitement était associé à l'éradication d'*Helicobacter pylori* dans 69,84 % des cas. La majorité des ulcères étudiés étaient de stade Forrest III (80,95 %), avec une fréquence notable d'ulcères bulbaire (87,30 %). Une étude népalaise réalisée par Karki a rapporté une distribution similaire, avec une prédominance de Forrest III (90,48 %). [1]

Dans notre série, 4,76 % des patients (trois cas) présentant un ulcère hémorragique au stade Forrest Ib ont bénéficié d'un traitement endoscopique combinant injection d'adrénaline et pose de clips hémostatiques. Ce taux d'intervention endoscopique est nettement inférieur à celui rapporté par Arai et al. à Tokyo (56,87 %), mais comparable aux faibles taux observés par El Rharbaoui à Tanger (10 %) et El Mekkaoui au CHU de Fès (6,3 %). [10][9] Ces différences notables peuvent s'expliquer par la gravité variable des cas traités, les protocoles institutionnels ou encore les ressources disponibles dans les différents centres. Aucun patient n'a nécessité une intervention chirurgicale, ce qui témoigne des progrès réalisés tant en endoscopie qu'en traitement médical.

L'analyse histologique a confirmé une forte prévalence d'*Helicobacter pylori*, retrouvée chez 82 % des patients, renforçant son rôle étiologique majeur dans la genèse de l'ulcère. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude menée par Saoui à l'hôpital Ibn Zohr de Marrakech, où 58,15 % des biopsies gastriques chez 25 patients étaient positives. [11]

L'évolution clinique globale a été favorable, avec un taux de succès d'hémostase estimé à 96,82 %. Deux cas de récurrence (3,17 %) ont nécessité une réintervention endoscopique. Ce taux de récurrence est nettement inférieur à celui rapporté par Arai et al. au Japon en 2021, qui avait observé un taux de resaignement de 15,46 %. [6] Aucune mortalité n'a été enregistrée dans notre série, probablement grâce à l'amélioration des stratégies thérapeutiques, notamment l'éradication systématique d'*H. pylori* et le recours à une endoscopie précoce.

Notre étude présente plusieurs points forts, notamment son caractère original dans la région DRAA TAFILALET, en se concentrant sur les hémorragies digestives d'origine ulcéreuse. Cependant, ses limites résident dans le fait que l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la région, d'autant plus que certains patients sont directement adressés au CHU Hassan II de Fès, notamment lors des périodes de panne de l'endoscopie.

V. Conclusion :

Notre étude confirme que la maladie ulcéreuse demeure une cause majeure d'hémorragie digestive haute, représentant 33,15% des cas dans notre contexte régional. le méléna isolé est le mode de révélation le plus fréquent, avec des facteurs de risque tels que l'intoxication tabagique chronique, la prise d'AINS et d'antiagrégants plaquettaires. La forte prévalence d'*Helicobacter pylori* (69,84%) souligne son rôle pathogène prépondérant dans notre région.

L'utilisation systématique du score de Glasgow-Blatchford a facilité l'évaluation de la gravité et l'orientation thérapeutique. La prise en charge, alliant réanimation, IPP et traitement d'*Helicobacter pylori*, a abouti à une évolution favorable chez plus de 96% des patients, avec un faible taux de récurrence (3,17%) et aucune mortalité.

Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et protocolisée, intégrant urgentistes, gastro-entérologues et réanimateurs. Ils plaident également pour le renforcement des moyens diagnostiques et thérapeutiques, notamment endoscopiques, dans notre région, afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins. La prévention ciblée des facteurs de risque modifiables, comme l'usage inapproprié d'AINS et la détection précoce d'*Helicobacter pylori*, pourrait contribuer à réduire la prévalence et les complications hémorragiques de cette pathologie. Enfin, il est essentiel de poursuivre les travaux de suivi à long terme, notamment sur l'impact des comorbidités et l'efficacité des stratégies de prévention secondaire dans notre contexte régional.

Références:

- [1]. B. Karki Et Al., « Upper Gastrointestinal Bleeding Among Patients Admitted In Department Of Emergency In A Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-Sectional Study », *Jnma J. Nepal Med. Assoc.*, Vol. 60, N° 248, P. 360-363, Avr. 2022, Doi: 10.31729/Jnma.7409.
- [2]. I. M. Gralnek Et Al., « Endoscopic Diagnosis And Management Of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage (Nvugih): European Society Of Gastrointestinal Endoscopy (Esge) Guideline - Update 2021 », *Endoscopy*, Vol. 53, N° 3, P. 300-332, Mars 2021, Doi: 10.1055/A-1369-5274
- [3]. V. Kate, S. Sureshkumar, B. Gurushankari, Et R. Kalayarsan, « Acute Upper Non-Variceal And Lower Gastrointestinal Bleeding », *J. Gastrointest. Surg. Off. J. Soc. Surg. Aliment. Tract*, Vol. 26, N° 4, P. 932-949, Avr. 2022, Doi: 10.1007/S11605-022-05258-4.
- [4]. Laine L., Laursen S.B., Zakko L., Dalton H.R., Ngu J.H., Schultz M., Stanley A.J. Severity And Outcomes Of Upper Gastrointestinal Bleeding With Bloody Vs. Coffee-Grounds Hematemesis. *Am. J. Gastroenterol.* 2018;113:358–366. Doi: 10.1038/Ajg.2018.5. [Doi] [Pubmed] [Google Scholar]

- [5]. K. Niang, « Hémorragies Digestives Hautes A L'hôpital De La Paix De Ziguinchor : Aspects Epidémiologiques, Diagnostiques, Thérapeutiques Et Evolutifs. A Propos De 96 Cas. », 2024, Consulté Le: 28 Décembre 2024. [En Ligne]. Disponible Sur: [Http://Rivieresdusud.Uasz.Sn/Xmliui/Handle/123456789/2083](http://Rivieresdusud.Uasz.Sn/Xmliui/Handle/123456789/2083)
- [6]. J. Arai Et Al., « Risk Factors Of Poor Prognosis And Impairment Of Activities Of Daily Living In Patients With Hemorrhagic Gastroduodenal Ulcers », *Bmc Gastroenterol.*, Vol. 21, N° 1, P. 16, Janv. 2021, Doi: 10.1186/S12876-020-01580-W.
- [7]. Wuerth B.A., Rockey D.C. Changing Epidemiology Of Upper Gastrointestinal Hemorrhage In The Last Decade: A Nationwide Analysis. *Dig. Dis. Sci.* 2018;63:1286–1293. Doi: 10.1007/S10620-017-4882-6. [Doi] [Pubmed] [Google Scholar]
- [8]. « Facteurs Epidémiologiques Et Pronostiques Associés Aux Étiologies Des Hémorragies Digestives Hautes Au Chu Campus De Lomé ». 2021.
- [9]. A. E. Mekkaoui Et Al., « La Différence Epidémiologique Des Hémorragies Digestives Hautes Entre Les Hommes Et Les Femmes », *Pan Afr. Med. J.*, Vol. 12, N° 94, Art. N° 94, Août 2012, Doi: 10.11604/Pamj.2012.12.94.1765.
- [10]. « Epidémiologie De L'hémorragie Digestive Haute Dans La Région Du Nord:Expérience Du Service D'hépatogastro-entérologie Du Chu Mohammed Vi De Tanger ». 2023.
- [11]. Saoui, Abderrazak, « Les Hémorragies Digestives D'origine Ulcéreuse ». 2002.