

THÉRAPEUTIQUE

Les hémorragies digestives et les médicaments anti-inflammatoires au CHU de Brazzaville.

D. Gassaye (1)*, B. I. Atipo Ibara, A. B. Ndolo-Mpika, J. R. Ibara, M. Okouo, R. A. Ossendza, Ph. Ngoma-Mambouana & A. Itoua-Ngaporo

(1) Service de gastro-entérologie et médecine interne, CHU, BP 32, Brazzaville, Congo.

*Correspondance : Docteur Deby Gassaye, E-mail : debygassaye@yahoo.f

Courte note n° 2371. "Thérapeutique". Reçue le 5 novembre 2001. Acceptée le 27 juillet 2004.

Summary: Digestive bleedings and anti-inflammatory drugs in the teaching hospital of Brazzaville.

Authors relate a retrospective survey of 140 cases of digestive haemorrhage after intake of anti-inflammatory drugs from January 1988 to December 2000. The digestive haemorrhage frequency after intake of anti-inflammatory drugs reaches 16%.

This survey included 94 men and 46 women whose average age is 42.3 years, with extremes of 15 and 79 years. Among these patients, 75 took salicylic acetyl acid (SAA), 56 non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) and 9 the SAA and NSAID association. More than half of patients relied on self-medication (91 cases i.e. 65%). The haematemesis followed by melaena induced the most frequent bleeding (42.8% of cases), while the isolated haematemesis, the isolated melaena and the isolated rectal haemorrhage were found respectively in 35%, 15% and 7.2%. Haemorrhages occur early under SAA and seem less severe than those occurring under NSAID. Lesions responsible for the bleeding are: the duodenal ulcer (68.7%), the haemorrhagic gastritis (6.4%), the gastric ulcer (5%), the oesophagitis (4.2%), the gastric and duodenal ulcer association (3.5%), anorectal exudative pains and haemorrhagic anal ulcerations. The duodenal ulcer predominance could be attributed to previous lesions.

Résumé :

Les auteurs rapportent une étude rétrospective de 140 cas d'hémorragie digestive après prise d'anti-inflammatoires de janvier 1988 à décembre 2000. La fréquence des hémorragies digestives après prise d'anti-inflammatoires est de 16 % des patients hospitalisés dans le service.

Cette étude a concerné 94 hommes et 46 femmes dont l'âge moyen est de 42,3 ans, les extrêmes sont de 15 et 79 ans. Parmi ces patients, 75 ont consommé de l'acide acétyl salicylique (AAS), 56 des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et 9 l'association AAS et AINS. Plus de la moitié des malades se sont livrés à une automédication (91 cas, soit 65 %). Les hémorragies surviennent précocement sous AAS et semblent moins sévères que celles survenant sous AINS. Les lésions responsables du saignement sont : l'ulcère duodénal (68,7 %), la gastrite hémorragique (6,4 %), l'ulcère gastrique (5 %), l'œsophagite (4,2 %), l'association ulcère gastrique et duodénal (3,5 %). La prédominance des ulcères duodénaux pourrait être attribuée à des lésions préexistantes.

**haemorrhage digestive
anti-inflammatory drug
self-medication
hospital
Brazzaville
Congo
Sub-Saharan Africa**

**hémorragie digestive
anti-inflammatoire
automédication
hôpital
Brazzaville
Congo
Afrique intertropicale**

Introduction

Les médicaments peuvent entraîner, au niveau de la muqueuse du tube digestif, des lésions aiguës ou chroniques dont la traduction clinique est variable, allant de l'absence de symptômes à des manifestations graves, essentiellement hémorragiques. Les anti-inflammatoires sont parmi les plus fréquentes spécialités délivrées en officine au Congo. La possibilité de s'en procurer sous forme de comprimés ou de gélules vendues à l'unité dans la rue est responsable d'une automédication ponctuelle, itérative, difficile à mesurer dans notre pays.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a consisté à colliger les données sur treize années, de janvier 1988 à décembre 2000, en se basant sur les registres et les dossiers des malades du service de gastro-entérologie et médecine interne du CHU de Brazzaville. L'étude a concerné les malades ayant présenté

une hémorragie digestive après prise de médicament anti-inflammatoire. Pour chaque patient, nous avons étudié les circonstances du saignement, le type de médicament, le délai entre la prise et la survenue de l'hémorragie, les caractères de l'hémorragie, les résultats de l'endoscopie. L'appréciation de la gravité de l'hémorragie a été jugée par les données de l'interrogatoire, le taux d'hémoglobine et l'hématocrite ; elle a été dite minime quand l'hématocrite était supérieur à 35 % et abondante quand l'hématocrite était inférieur à 25 %. Toutes les endoscopies hautes ont été réalisées avec les endoscopes OLYMPUS type GF Q10 et GIFx Q20. Le délai entre la survenue de l'hémorragie et la réalisation de l'endoscopie digestive était inférieur à 24 heures dans 65 cas (46,4 %), compris entre 24 heures et 48 heures dans 41 cas (29,3%), supérieur à 48 heures dans 34 cas (24,3 %).

Pendant la période de l'étude, 880 malades ont été hospitalisés dans le service pour une hémorragie digestive. Parmi eux, 140 ayant présenté une hémorragie digestive après prise d'AINS (16 %), ont fait l'objet de la présente étude ; il s'agissait de 94

hommes et 46 femmes âgés en moyenne de 42,3 ans (extrêmes 15 et 79 ans). Plus de la moitié de ces patients s'était livrée à une automédication (65 %).

L'acide acétyl salicylique (AAS) a été mis en cause dans 75 cas (53,6 %) et les AINS dans 56 cas (40 %) ; l'association ASS et AINS dans 9 cas (6,4 %).

Leur prise a été conditionnée par des affections rhumatologiques, de la fièvre, des céphalées.

Résultats

Les médicaments incriminés sont énumérés au tableau I.

Tableau I.

Les médicaments incriminés. <i>The medicine being involved.</i>		
médicaments	nb	%
acide acétyl salicylique (AAS)	75	53,6
acide niflumique (Nifluril®)	16	11,4
indométacine (Indocid®)	14	10
ketoprofène (Profenid®)	10	7,1
diclofénac (Voltarène®)	8	5,7
piroxicam (Feldène®)	6	4,2
naproxène (Naprosyne®)	3	2,1
ténoxicam (Tilcotil®)	3	2,1
naproxène (Apranax®)	2	1,4
diclofénac sodique (Olfên®)	1	0,7
acide tiaprofémique (Surgam®)	1	0,7
diclofénac (Dolotren®)	1	0,7
total	140	100

Le délai entre la prise du médicament et la survenue de l'hémorragie était de moins de 24 heures dans 22 cas (15,7 %), de 24 heures à une semaine dans 58 cas (41,4 %), supérieur à une semaine dans 22 cas (15,7 %), non précisé dans 38 cas (27,1 %).

Les antécédents digestifs étaient retrouvés chez 108 patients, parmi lesquels on notait des épigastralgies non explorées (nb = 67), des ulcéreux connus (nb = 24), des hémorragies digestives antérieures (nb = 14) ; 3 patients étaient suivis pour cirrhose. Le mode de saignement était une hématomèse isolée dans 49 cas (35 %), un melaena isolé dans 21 cas (15 %), des rectorragies dans 10 cas (7,2 %), une hématomèse suivie d'un melaena dans 60 cas (42,8 %).

L'hémorragie a été de survenue brutale dans 58 cas, progressive dans 17 cas après prise d'AAS ; d'apparition brutale dans 39 cas, progressive dans 17 cas après prise d'AINS ; après l'association AAS et AINS, l'hémorragie n'a été de survenue brutale que dans 7 cas et progressive dans 2 cas.

Les lésions responsables étaient l'ulcère duodénal (68,6 %), la gastrite hémorragique (6,4 %), l'ulcère gastrique (5 %), l'œsophagite (4,3 %), l'association ulcère gastrique et duodénal (3,6 %).

La récurrence hémorragique a été observée chez 13 patients (9,3 %) pendant l'hospitalisation, répartis de la manière suivante : 5 cas pour l'AAS, 5 cas pour les AINS et 3 cas pour l'association AAS et AINS.

La guérison a été obtenue dans 125 cas (89,2 %) ; 15 patients (10,7 %) sont décédés dans les 6 jours qui suivaient l'admission, souvent dus aux tares associées : 7 avaient des antécédents d'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes ; 3 avaient des antécédents de cirrhose et avaient présenté une encéphalopathie ; 2 cas d'HTA ; 2 cas de diabète et 1 cas d'asthme.

Discussion

La fréquence réelle des hémorragies digestives induites par la prise d'anti-inflammatoires est difficile à établir

dans le contexte de notre étude qui n'a pris en compte que les malades ayant subi une exploration endoscopique. Si, en Occident, on incrimine la fréquence élevée des hémorragies à l'âge où des affections rhumatologiques sont fréquentes (3), dans notre étude, cette fréquence est beaucoup plus attribuée à l'automédication consécutive à l'apparition de signes non rhumatologiques (céphalées, fièvre). La vente libre sans prescription médicale explique la facilité d'acquisition de ces produits. Les hémorragies survenant après prise d'AAS sont moins fréquentes que celles survenant après prise d'AINS et l'association AAS et AINS ; cette constatation est retrouvée dans la littérature (2). Les hémorragies digestives sous AAS surviennent précocement après le début du traitement. Ce risque devient minime au-delà du premier mois. En ce qui concerne les AINS, si le risque apparaît dès le début de la prescription, celui-ci semble persister au-delà du premier mois : 5 % des patients sous AINS et 1,4 % sous association AAS-AINS ont présenté une hémorragie au-delà d'un mois. Cette constatation rejoint la conclusion de CARSON *et al* (2) qui évoquent un risque prépondérant durant le premier mois, devenant maximal vers le quatrième mois.

L'endoscopie digestive constitue l'examen clé ; elle a permis de mettre en évidence des lésions responsables du saignement dans 90,7 % et de déceler des lésions préexistantes. L'ulcère duodénal est la première lésion responsable des hémorragies digestives après prise d'anti-inflammatoires (68,7 % de cas). Ce constat n'est pas classique dans la littérature qui fait le plus souvent mention de la localisation gastrique (1, 2). Cette prédominance inhabituelle pourrait être attribuée à la présence des lésions préexistantes aggravées par la prise d'anti-inflammatoires, car 77,2 % de nos patients ont des antécédents digestifs. La réalisation souvent tardive de l'examen endoscopique due à l'insuffisance de moyens financiers de certains patients peut expliquer la faible fréquence des lésions gastriques dues aux anti-inflammatoires, qui généralement cicatrisent rapidement. Les hémorragies sont restées inexplicables chez 13 de nos patients (9,2 %) ; HOANG TRONG CHAU (4), avec 10 %, trouve des résultats comparables aux nôtres.

Conclusion

Pour diminuer la fréquence des hémorragies digestives après une prise d'anti-inflammatoires, il faut contrôler leur vente, limiter leur prescription et donner une meilleure information à la population visant à réduire l'automédication.

Références bibliographiques

- BELLANGER J & PONTEREAU-BELLANGER A - Anti-inflammatoires non stéroïdiens et lésions digestives. *Ann gastroentérologie Hépatol*, 1989, **25**, 237-249.
- CARSON JL, STROM BL, MORSE MI, WEST SL, SOPER KA & STOLLEY PD - The relative gastro-intestinal toxicity of the non stéroïdal anti-inflammatory drug. *An Ch Intern Méd*, 1987, **147**, 1054-1059.
- DUHAMEL C, CZERNICHOV P, DECHELOTTE P, DUCROTTE P, LERBOURS E & COLIN R - Hémorragies digestives hautes sous anti-inflammatoires. *Gastroentérologie Clin Biol*, 1989, **13**, 239-244.
- HOANG TRONG CHAU - Complications digestives hautes dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. (A propos de 60 cas traités à l'hôpital central de Hué Vietnam). *Méd Chir Dig*, 1998, **27**, 312-322.