

## EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DIGESTIVE LIEE A L'HYPERTENSION PORTALE DANS UN PAYS EN DEVELOPPEMENT : EXEMPLE DU CHU DE YOPOUGON (ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE)

MAHASSADI K.A.<sup>3</sup>, KISSI Y.H.<sup>2</sup>, DOFFOU S.<sup>1</sup>, BATHAIX-YAO M.F.<sup>3</sup>, ATTIA K.A.<sup>4</sup>

- 1- Interne des Hôpitaux d'Abidjan
- 2- Assistant chef de clinique
- 3- Maître-Assistant
- 4- Maître de Conférence Agrégé

Service de Médecine et d'Hépatogastroentérologie, Unité Manlan Kassi  
CHU de Yopougon, Abidjan Côte d'Ivoire.

**Correspondance** : Dr MAHASSADI Kouamé Alassan, Service d'Hépatogastroentérologie,  
CHU de Yopougon, 21 BP 632 Abidjan 21,  
Tél : (225) 23 53 75 50 / Fax : (225) 23 53 75 60  
E mail : mahassadi@yahoo.com, Portable: 0742 94 98

---

### RESUME

**Contexte** : La qualité de la prise en charge (QPC) d'une hémorragie digestive liée à l'hypertension portale (HDHTP) nécessite un plateau technique performant et un personnel médical. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge (QPC) des patients admis au CHU de Yopougon pour HDHTP.

**Patients et méthode** : Quarante sept patients (dont 15 femmes, âge médian [extrêmes] : 43 ans [20-72] ans) ayant présenté une HDHTP ont été rétrospectivement. Parmi lesquels 45 (95,7 %) patients avaient un score de Rockall >2. La QPC a été jugée satisfaisante, bonne ou mauvaise à partir d'un score établi avec onze variables définies sur la base des recommandations de la conférence européenne de consensus sur l'hypertension portale

**Résultats** : Le délai médian (extrêmes) d'admission des patients à l'hôpital était de 24 (3-720) heures et de réalisation de la gastroscopie était 24 (6-240) heures. Un tamponnement oesophagien, a été réalisés chez 3 (6,4%) patients, une ligature des varices oesophagiennes chez 5 (10,6%) patients et une sclérose des varices oesophagiennes chez 5 (10,6%) patients. Aucun patient n'a eu de drogues vasoactives pendant l'épisode hémorragique. Globalement la QPC de l'HDHTP a été jugée mauvaise sur l'ensemble des patients. Seuls 6 (13,3 %) patients ont eu une ligature ou une sclérose des varices oesophagiennes parmi les 45 patients à haut risque de saignement ou de décès.

**Conclusion** : La QPC de l'HDHTP a été globalement mauvaise au CHU de Yopougon principalement du au manque de plateau technique, le retard d'admission des patients à l'hôpital et de réalisation de la gastroscopie.

**MOTS-CLÉS** : HÉMORRAGIE DIGESTIVE, HYPERTENSION PORTALE, TRAITEMENT

### SUMMARY

**Background** : Gastroesophageal variceal bleeding (GVB) is the major complication of portal hypertension. The effectiveness of the quality of management (QoM) of GVB which depends on the materials, accessories and qualified medical personal is difficult to obtain in developing countries. The aim of this study was to assess the QoM of patients admitted at the Teaching hospital of Yopougon for GVB according to the recommendations of the European consensus conference on the management of GVB related to portal hypertension.

**Patients and method** : Forty seven patients (15 women and 32 men, median age (range): 43 (20-72) admitted at the Teaching hospital of Yopougon for GVB of whom 45 (95.7 %) patients had Rockall score more than 2 were included. The QoM (defined as satisfactory, good or insufficient) was assessed in a built-in score of eleven variables according to the recommendation of European consensus conference on the management of GVB related to portal hypertension.

**Results** : The median (range) delay of admission of these patients in hospital was 24 (3-720) hours and of gastroscopy assessment was 24(6-240) hours. Patients experienced balloon tamponade (6.4 %), endoscopic variceal band ligation (10.6 %) or sclerotherapy (4.3 %). No patient had vasoactive drugs. Overall the QoM of GVB was insufficient and only 6 (13.3 %) patients had experienced endoscopic variceal band ligation among 45 (95.7 %) patients at high risk of re-bleeding or death according Rockall score .

**Conclusion** : Overall the QoM of GVB was insufficient at the Teaching hospital of Yopougon. The reasons were the lack of accessories (accessories for variceal band ligation, or sclerotherapy and vasoactive drugs) and the delayed time of hospital admission and gastroscopy assessment in patients with GVB.

**KEY WORDS** : VARICEAL BLEEDING, PORTAL HYPERTENSION, MANAGEMENT.

## INTRODUCTION

L'hypertension portale (HTP) est une complication de la cirrhose quelque soit son étiologie. Elle est la cause la plus fréquente d'hémorragie digestive (HD) chez le patient cirrhotique, principalement par rupture des varices oesophagiennes (VO). Le taux de mortalité au cours d'une hémorragie digestive liée à l'hypertension portale (HDHTP) est de 30 à 50 % en l'absence de traitement lors du premier épisode hémorragique<sup>5,11</sup>.

L'HDHTP est une urgence médicale dont la prise en charge s'est considérablement améliorée au cours de ces dernières années. Elle débute par la conjonction des moyens non spécifiques utilisés en urgences (essentiellement prise de voie veineuse, réalisation d'un hémogramme, transfusion sanguine si besoin est) et des moyens spécifiques notamment endoscopiques (principalement ligature ou sclérose des varices oesophagiennes)<sup>7,13,15</sup>.

La prise en charge d'une HDHTP a fait l'objet de travaux et conférences de consensus<sup>1,4</sup>. Cette prise en charge peut être entravée dans les pays en développement par la sous médicalisation et l'inaccessibilité des patients aux centres de santé de référence.

La Côte d'Ivoire, comme la plupart des pays africains au sud du Sahara, est située dans la zone de forte prévalence du virus de l'hépatite B, principale étiologie de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire<sup>6</sup>. Les publications consacrées aux HDHTP sont des études de prévalence hospitalière<sup>8,9</sup>. La qualité de la prise en charge (QPC), des patients cirrhotiques ayant présenté une HDHTP n'a pas encore été évaluée à notre connaissance.

Cette étude avait pour but d'évaluer la QPC des patients cirrhotiques admis aux urgences et dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Yopougon pour HDHTP.

## I- PATIENTS ET METHODES

C'est une étude rétrospective réalisée sur des patients consécutivement admis aux urgences médicales et dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Yopougon pour HDHTP sur une période de 5 ans.

### CRITÈRES DE SÉLECTION

#### Critères d'inclusion

Les patients cirrhotique qui ont présenté une HDHTP ayant pour origine une rupture des

varices oesophagiennes ou cardiotubérositaires à la gastroscopie et attestée par un saignement actif ou des stigmates de saignement<sup>1,9</sup>.

#### Critères de non inclusion

Les patients qui ont présenté une HD d'autres origines (maladie ulcéreuse gastroduodénale, oesophagite hémorragique, gastrite hémorragique, colites hémorragiques, tumeurs digestives) Les patients qui ont présenté à la gastroscopie des lésions digestives d'HTP et de maladie ulcéreuse gastroduodénale sans que l'on ne puisse attribuer l'origine de l'hémorragie à l'une des deux lésions.

#### Définition des facteurs étudiés

Pour chaque patient, ont été recensés les données sociodémographiques (age et sexe) les données cliniques et biologiques à l'admission (le motif d'hospitalisation, les antécédents médicaux et chirurgicaux, le pouls, la tension artérielle, le taux d'hémoglobine et d'hématocrite, l'heure présumée de survenue de l'épisode hémorragique), le délai d'admission à l'hôpital par rapport à l'heure de survenue de l'épisode hémorragique, les données sur les mesures de réanimation effectuées (prise d'une ou de plusieurs voies veineuses, modalités de perfusion de cristalloïdes ou de macromolécules et de transfusion sanguine par rapport à la gravité de l'épisode hémorragique), le délai de réalisation de la gastroscopie, les techniques d'hémostase effectués (traitement par drogues vasoactives, mise en place de sonde de tamponnement, sclérose ou ligature de VO)<sup>9,13</sup>.

L'HDHTP a été classée en trois stades de gravité en fonction du risque de récurrence et de mortalité selon le score de Rockall : minime (score compris entre 0 et 2), modérée (score compris entre 3 et 7) et sévère (score supérieur ou égal à 8)<sup>12</sup>.

1. Le délai de prise en charge qui correspond au délai d'admission à l'hôpital, a été défini comme étant le délai écoulé entre l'heure présumée de survenue de l'épisode hémorragique et l'heure d'enregistrement dans le registre des urgences médicales du CHU de Yopougon.

2. Le délai de réalisation de la gastroscopie a été défini comme étant le délai écoulé entre l'enregistrement du patient dans le registre des urgences et l'heure présumée de réalisation de la gastroscopie.

3. La prise en charge non spécifique a été définie comme étant les mesures de réanimation préconisées en cas d'hémorragie digestive sans présumer de l'étiologie auxquelles nous avons associé le délai d'admission du patient à l'hôpital et de réalisation de la gastroscopie<sup>15</sup>.

4. La prise en charge spécifique a été définie comme étant les méthodes de traitement préconisées en cas d'HDHTP<sup>9,13</sup>

5. La QPC a été déterminée arbitrairement sur une échelle de onze variables résumant les principaux gestes à effectuer ou attitudes à avoir en cas d'HDHTP selon les recommandations des travaux et conférences de consensus sur l'hypertension portale<sup>1,9,13,15</sup>. Les variables non spécifiques (délai d'admission aux urgences et de réalisation de la gastroscopie, prise d'une voie veineuse, réalisation d'un groupage sanguin ABO rhésus, d'un hémogramme, perfusion de macromolécules, réalisation d'une transfusion sanguine en fonction de la gravité de l'hémorragie) ont été coté 1 si présentes ou 0 sinon. Les traitements spécifiques (perfusion de drogues vasoactives (Terlipressine ou Otréotide), réalisation de sclérose ou de ligature des VO, pose d'une sonde de tamponnement oesophagien ont été coté 2 si présents et 0 sinon. La QPC a été jugée "satisfaisante" (score supérieur ou égal à 8), "bonne" (score compris entre 6 et 7) "mauvaise" (score inférieur 6) sur un score total de 15 points.

#### Critères de jugement

Le critère de jugement principal a été de déterminer la qualité globale de la prise en charge de l'HDHTP établie chez tous les patients inclus dans l'étude.

Les critères de jugement secondaire ont été :

- 1- le délai d'admission des patients à l'hôpital et de réalisation de la gastroscopie,
- 2- le nombre de traitement spécifique effectué (tamponnement oesophagien, ligature ou sclérose des VO) et la qualité de la prise en charge.

#### ANALYSE STATISTIQUE

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Chi deux avec correction de Yates si nécessaire ou un test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants. Les variables quantitatives, exprimés en terme de médianes avec les extrêmes ont été comparées à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis. Le seuil de significativité a été fixé à 5% pour une formulation bilatérale. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 10 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## II- RESULTATS

Quarante sept patients cirrhotiques comprenant 15 femmes et 32 hommes dont l'âge médian (extrêmes) était de 43 (20-72) ans ont été inclus. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients inclus ont été présentées au tableau I. L'évaluation de la prise en charge des patients ayant présenté une HDHTP a été résumée au tableau II. Tous les patients ont été pris en charge de manière non spécifique à l'admission (prise de voie veineuse, perfusion de solutés, réalisation d'un hémogramme et d'un groupage sanguin ABO rhésus). Une transfusion sanguine a été réalisée chez 32 patients (68,1%) parmi lesquels 6 (18,8%) avaient un taux d'hématocrite supérieur 25% avant la transfusion. Onze patients (23,4%) dont le taux médian (extrêmes) d'hématocrite était de 17 % (12-23,5) % n'ont pas reçu de transfusion sanguine malgré la gravité de l'HD

Globalement la QPC de l'HDHTP a été jugée mauvaise sur l'ensemble des patients : score médian (extrêmes) égal à 5 (3-10). Après analyse par sous groupe, la QPC a été jugée satisfaisante, bonne et mauvaise respectivement chez 8,5%, 36,2% et 55,3% des patients.

Parmi les 10 patients qui avaient un saignement actif au cours de la gastroscopie, dû à une rupture de VO, seulement 2 ont eu une sonde de tamponnement oesophagien suivi d'une sclérothérapie chez 1 patient, 1 patient a eu une ligature des VO. Aucun d'entre eux n'a eu de drogues vasoactives. L'HD s'est arrêtée spontanément chez 6 patients et 1 patient en est décédé.

Les délais de réalisation de la gastroscopie, d'admission des patients à l'hôpital, le nombre de traitement spécifique et la QPC en fonction de la gravité de l'HD selon le score de Rockall ont été résumés au tableau 3. Parmi les patients à haut risque de re-saignement ou de décès (45 patients dont le score de Rockall > OU = 2), seulement 6 patients (13,3%) ont eu une ligature ou une sclérose des VO pendant ou après l'épisode hémorragique.

Sept patients sont décédés des suites de l'HDHTP (3 pour une HD de gravité sévère, 4 pour une HD de gravité modérée). Un patient a été perdu de vue. Pour les 7 patients décédés la qualité de prise en charge de l'HDHTP a été estimée "mauvaise" chez 2 patients, "bonne" chez 4 patients et "excellente" chez 1 patient.

**Tableau n°I** : Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques des 47 patients inclus

Age en année [médiane (extrêmes)]	47 (20-72)
Sexe (homme) [n (%)]	15/32
Motif d'admission [n (%)]	
Hématémèse	29 (62)
Méléna isolé	4 (9)
Hématémèse et méléna	14 (29,8)
Antécédents d'hémorragie digestive [n (%)]	20 (42,6)
Etiologies de la Cirrhose [n (%)]	
Virale	34 (72,3)
Alcoolique	10 (21,3)
Bilharzienne	3 (6,4)
Child-Pugh [n (%)]	
A	30 (64)
B	14 (29,8)
C	3 (6,4)
Délai d'admission en heures [médiane (extrêmes)]	24 (3-720)
Délai de la gastroscopie en heures [médiane (extrêmes)]	24 (6-240)
Pouls [médiane (extrêmes)]	96 (68-126)
TA systolique [médiane (extrêmes)]	10 (7-15)
Hb en gr/dL [médiane (extrêmes)] en gr/dL	6 (3-11)
Hte en % [médiane (extrêmes)]	19 (10-33)
Grade des varices oesophagiennes [n (%)]	
1	1 (2,1)
2	12 (25,6)
3	34 (72,3)
Varices cardiotubérositaires [n (%)]	11(23,4)
Saignement actif [n (%)]	10 (21,3)
Score de Rockall [médiane (extrêmes)]	6 (1-9)

TA : tension artérielle Hb : Taux d'hémoglobine Hte : taux d'hématocrite

**Tableau n°II** : Distribution des variables établissant la qualité de la prise en charge de l'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale chez les 47 patients inclus

<b>Prise en charge non spécifique [n (%)]</b>	
Délai de prise en charge	
< 6 heures	22 (46,8%)
Voie veineuse	
Oui	47 (100%)
Macromolécules ou cristalloïdes	
Oui	47 (100%)
Hémogramme	
Oui	47 (100%)
Groupage sanguin	
Oui	47 (100%)
Transfusion sanguine	
Oui	32 (68,8)
Délai de gastroscopie	
< 6 heures	9 (19,1%)
<b>Prise en charge spécifique [n (%)]</b>	
Drogues vasoactives	
Oui	0 (0%)
Sonde tamponnement	
Oui	3 (6,4%)
Sclérothérapie	
Oui	2 (4,3%)
ligature	
Oui	5 (10,6%)*

\* un patient a eu une ligature des VO après sclérothérapie effectué en urgence

**Tableau n°III** : Répartition des traitements spécifiques effectués et de la qualité de la prise en charge en fonction de la gravité de l'hémorragie digestive lié à l'hypertension portale selon le score de Rockall.

	<b>Minime</b>	<b>Modérée</b>	<b>Sévère</b>	<b>P</b>
	<b>(n=2)</b>	<b>(n=27)</b>	<b>(n=18)</b>	
Drogues vasoactives	0	0	0	-
Sonde tamponnement	0	1	2	ns
Sclérothérapie	0	1	1	ns
Ligature	0	4	1	ns
Score de QPC	4	5	5	ns
[médiante (extrêmes)]	(4-5)	(4-9)	(4-10)	



### III- DISCUSSION

La QPC des 47 patients admis pour HDHTP a été globalement mauvaise au CHU de Yopougon. Seuls 4 patients ont eu une QPC jugée "satisfaisante" moins du tiers des patients a eu une QPC jugée "bonne" et plus de la moitié a eu une QPC jugée "mauvaise". Dans notre étude, tous les patients ont bénéficié de la pose d'une voie veineuse, une perfusion de macromolécules ou de cristaalloïdes, d'un hémogramme et d'un groupage sanguin ABO rhésus à l'admission.

Nous avons évalué la QPC de l'HDHTP aussi bien par rapport au traitement non spécifique de l'hémorragie que du traitement spécifique des VO, principales causes dans notre étude de l'HDHTP. Nous n'avons pas pris en compte dans cette étude, la prévention par les bêta bloquants ou les dérivés nitrés de la récurrence de l'HDHTP ou le traitement du saignement spécifiques des varices cardiotubérositaires et de la gastropathie d'hypertension portale<sup>1,7</sup>.

La gravité de l'HD a été établie dans notre étude, selon le score prédictif de re-saignement et de mortalité de Rockall<sup>12</sup>. Il permet la sélection de patients à risque "élevé" de re-saignement ou de mortalité (score > 8) nécessitant une prise en charge en unité de soins intensifs et un traitement spécifique de la cause de saignement. Il permet également la sélection de patients à risque "faible" (score < ou = 2) qui peuvent être surveillés en dehors d'une unité de soins intensifs pendant une durée d'hospitalisation brève. Nous avons dans notre étude, identifié trois groupes de patients : groupe à risque "faible" (score inférieur ou égal à 2), groupe à risque "modéré" (score compris entre 3 et 7) et groupe à risque "élevé" (score supérieur à 8). Nous avons ainsi tenu compte des patients qui ont un score de Rockall compris entre 3 et 7 chez qui ce risque est vraisemblablement "modéré"<sup>12</sup>.

Une prise en charge rapide (moins de 6 heures après l'épisode hémorragique), la prise d'une voie veineuse, la perfusion de macromolécules ou de cristaalloïdes, la réalisation d'un hémogramme, du groupage sanguin ABO rhésus, d'une transfusion sanguine en fonction de l'état hémodynamique du patient et d'une gastroscopie faite de préférence moins de 6 heures après l'admission à l'hôpital ont été considérés comme étant le minimum à réaliser en cas d'HD sans présumer de l'étiologie<sup>9,13,15</sup>. Chacune de ces variables a été arbitrairement cotée 1 si présente et 0 sinon. Ces variables nous ont permis d'évaluer la prise en charge non spécifiques des patients au cours d'une HD quelle que la cause. Nous avons ainsi

estimé qu'un minimum de 6 points sur 7, (correspondant à 6 items non spécifiques réalisés) obtenu chez un patient signifiait pour nous, que la prise en charge non spécifiques de l'HD a été correcte. La QPC de l'HDHTP devenait de ce fait "satisfaisante" lorsque le patient recevait en plus et selon le cas, un traitement spécifique notamment l'administration de drogues vasoactives, une ligature, une sclérose ou un tamponnement des VO. Chacun des traitements spécifiques a été arbitrairement coté 2 s'il a été fait et 0 sinon. L'attribution de 2 points au traitement spécifique a été fait pour tenir de son importance dans la prise en charge de l'HDHTP<sup>4,9,13</sup>. Il permet de réduire significativement la récurrence de l'hémorragie digestive par rupture de VO et le taux de mortalité<sup>3,7</sup>. Enfin lorsqu'un patient n'avait pas eu correctement une prise en charge non spécifique à l'admission (nombre de points inférieur à 6) pour des motifs divers (retard d'admission à l'hôpital ou de réalisation de la gastroscopie, absence de voie veineuse, de numération globulaire, ou de groupe sanguin), celui-ci pouvait avoir un score au moins égale à 6 lorsqu'un traitement spécifique lui a été administré de sorte que la QPC était jugée "bonne" si le patient avait obtenu au moins 4 points dans la prise en charge non spécifique de l'HDHTP. Dans le cas contraire, la QPC était considérée "mauvaise".

La prise en charge non spécifique des patients qui présentent une hémorragie quelqu'en soit l'origine, vise principalement à corriger le déséquilibre hémodynamique causé par l'hémorragie en commençant par la perfusion de cristaalloïdes ou de macromolécules<sup>15</sup>. En cas d'HDHTP, La transfusion sanguine est recommandée uniquement pour ramener le taux d'hématocrite entre 25 et 30 % lorsqu'il est moins de 25%<sup>1,4</sup>. Ces modalités de transfusion sanguine telles que recommandées par les différentes conférences de consensus n'ont pas toujours été respectées lors de la prise en charge des patients admis aux urgences du CHU de Yopougon pour une HD. En effet dans notre étude, 6 patients (18,8%) dont le taux d'hématocrite était supérieur à 25% ont été transfusés et 11 patients (34,4%) n'ont pas été transfusés malgré un taux d'hématocrite inférieur à 25% probablement à cause de la pénurie de sang fréquemment observée au niveau du Centre National de Transfusion Sanguine à Abidjan.

Dans notre étude, le traitement spécifique des lésions hémorragiques notamment des VO n'a pas été fait systématiquement même lorsque le patient avait une hémorragie active à la

gastroscopie comme cela se fait dans les hôpitaux techniquement mieux équipés<sup>14</sup>. En effet, des essais thérapeutiques et méta analyses ont mis en évidence, le rôle bénéfique des drogues vasoactives (Terlipressine ou Octréotide), de la ligature ou la sclérose des VO dans l'arrêt ou la prévention des récurrences hémorragiques liées à l'HTP dont la principale cause est la rupture des VO<sup>3,7</sup>. Le traitement endoscopique de l'HTP notamment des VO est fortement recommandé chez les patients à haut risque de re-saignement après un premier épisode hémorragique<sup>4</sup>. Dans notre étude, parmi les 45 patients à risque élevée de re-saignement ou de mortalité, seulement 6 (13,3%) ont pu avoir un traitement endoscopique (ligature ou sclérothérapie des VO). Les drogues vasoactives (Terlipressine ou Octréotide) n'ont jamais été utilisées vraisemblablement à cause de leur coût prohibitif et la ligature des VO, n'a été pratiquée que chez 5 patients. La sclérose des VO, alternative moins coûteuse, a été rarement pratiquée à cause de la pénurie d'aiguilles à sclérose et ce malgré la présence de personnel qualifié formé en France à cette technique<sup>4,13</sup>.

Plusieurs causes expliqueraient les difficultés de prise en charge correcte de l'HDHTP au CHU de Yopougon. La principale cause a été l'absence d'un plateau technique performant permettant un diagnostic rapide et un traitement spécifique des causes de l'HD (gastroscope en état de marche, drogues vasoactives, kits pour ligature, sclérose ou tamponnement des VO). A cela, il faudrait ajouter le retard d'admission des patients à l'hôpital constaté chez la majorité des patients.

Nos résultats sont difficilement comparables localement car aucune étude similaire à notre connaissance, n'a été réalisée en Afrique pour comparer nos résultats qui sont largement différents de ceux de Sorbi et coll. issus d'une cohorte américaine<sup>14</sup>.

Notre étude connaît cependant des faiblesses. Nous avons utilisé dans notre étude un score de qualité qui ne provenait pas d'une étude statistique multidimensionnelle<sup>2</sup>. Ce score cependant, résumait les principales mesures préconisées en cas d'HDHTP. Il a permis d'évaluer notre attitude vis-à-vis des patients admis au CHU de Yopougon pour une HDHTP et d'apprécier la QPC par rapport aux recommandations des travaux et conférences de consensus sur l'HTP<sup>1,4,9,13</sup>.

Ce score de QPC de l'HDHTP qui mériterait d'être évalué et validé ne serait applicable que dans les hôpitaux sous médicalisés où la prise en charge d'une HDHTP serait difficile techniquement.

## CONCLUSION

Au CHU de Yopougon, tous les 47 patients admis pour HDHTP ont bénéficié de mesures non spécifiques de prise en charge de cette hémorragie et seuls 6 (13 %) patients ont reçu un traitement spécifique de la rupture des VO quelque soit le stade de gravité de l'hémorragie. Il est nécessaire de corriger cette attitude par rapport aux recommandations des différents travaux et conférences de consensus sur l'HTP, par l'acquisition de matériels (gastrosopes, drogues vasoactives, kit de ligature ou de sclérose des VO, sonde de tamponnement oesophagien) afin d'améliorer la QPC de l'HDHTP dans cet hôpital.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Anonyme. Conférence de consensus, complication de l'hypertension portale chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : 142-152
- 2-Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F et al. Epidémiologie : *Principes et Méthodes quantitatives*. In : Les Editions ISERM, 1995 Paris.
- 3-Escorsell A, Ruiz del Arbol L, Planas R, et al. Multicenter randomized controlled trial of terlipressin versus sclerotherapy in the treatment of acute variceal bleeding : the TEST study. *Hepatology* 2000 ; 32 : 471 - 6.
- 4- Franchi R. Updating consensus in portal hypertension : report of the Baveno III consensus workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension. *Journal of hepatology* 2000 ; 33 : 846-52
- 5-de Franchis R, Primignani M. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. *Clin Liver Dis* 2001 ; 5 : 645 - 63
- 6-Lavanchy D. Hepatitis B virus, Epidemiology, Disease burden, Treatment and Current and Emerging prevention and control measures. *Journal of viral hepatitis* 2004 ; 11 : 97 - 107
- 7-Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. *Ann. Intern. Med.* 1995 ; 123 : 280 - 287
- 8-Manlan K, Aka TB, Kouakou M et al. Hématémèse et maelena à Abidjan. Réflexion à propos de 217 cas. *Méd Chir. Dig.* 1984 ; 13 : 267 - 69
- 9-Naveau S, Franco D. Traitement des hémorragies digestives par rupture de varices oesogastriques au cours de la cirrhose. *Rev Prat* 1995 ; 45 : 2287 - 92
- 10- Ndjitoyap Ndam EC, Koki Ndombo PO, Fouda OA et al. Les hémorragies digestives hautes au Cameroun (à propos de 172 cas explorés par endoscopie). *Med tropicale* 1990 ; 50 : 181 - 84
- 11-Oberti F. Pronostic de l'hypertension portale : hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes. *Hepato-Gastro* 1998 ; 5 : 371 - 7

- 12-Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, TC Northfield, for the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1996 ; 347 : 1138-40
- 13-Sogni P. Traitement des hémorragies digestives chez les malades atteints de cirrhose. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 97-103
- 14-Sorbi D, Gostout CJ, Peura D, Johnson D, et al. An assessment of the management of acute bleeding varices: a multicenter prospective member-based study. *Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 2424-34.
- 15-Vallet B, Wiel E. Choc hémorragique : étiologie, physiopathologie, diagnostic, traitement. *Rev Prat* 1999 ; 49 : 203-207