



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N° 203

# Les urgences en endoscopie Digestive haute

---

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/07/2019

PAR

Mlle. **Khaoula EL ALAOUI EL IZZI**

Née Le 23 février 1992

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

---

MOTS-CLÉS

Fibroskopie digestive haute - Hémorragie digestive haute - Ingestion de produits  
caustiques - Ingestion de corps étranger

---

JURY

Mme. **K. KRATI**

Professeur de Gastro-entérologie

PRESIDENT

Mme. **Z. SAMLANI**

Professeur de Gastro-entérologie

RAPPORTEUR

Mme. **S. OUBAHA**

Professeur agrégée de Physiologie

M. **K. RABBANI**

Professeur de Chirurgie Générale

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي  
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل  
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني  
تبت إليك وإني من المسلمين"



*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.  
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

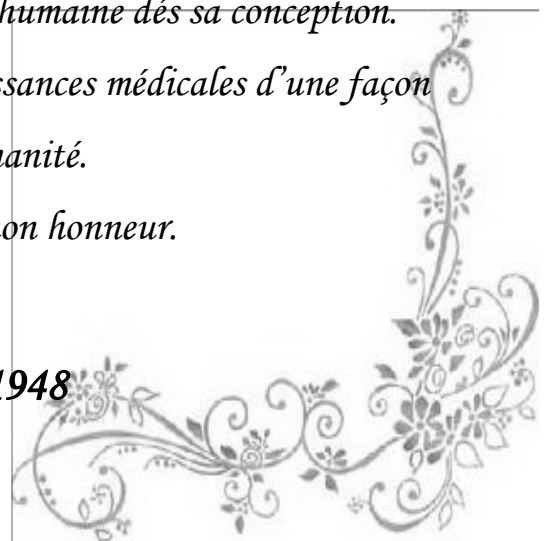
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





*LISTE DES PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr.Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE EIMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI EIOuafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie

AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI Khalid IDRISSI	Traumato-orthopédie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMARRidouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD Mohamed SAIAD	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne

	Biologique		
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB AhmedRassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirmaxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation

			médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie

			pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale

AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique

DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie–réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto– rhino–laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio–organnique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAoui Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOuni Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

**LISTE ARRÉTÉE LE 22/04/2019**



*DÉDICACES*



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ;  
elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »*

*Marcel Proust.*



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes  
qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le  
haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude  
que*

*Je dédie cette thèse ...*





**A ALLAH**

*Le tout puissant qui m'a inspiré et m'a guidé dans le bon chemin. Je lui dois ce que je suis devenue Louanges et remerciements Pour Sa clémence et Sa miséricorde.*

**A MA PLUS BELLE RAISON DE VIVRE A MES TRÈS TENDRES PARENTS :**

*A mon très cher père Mr My Hassan El Alaoui El Izzi*

*A l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Ton honnêteté, ton ardeur dans le travail, et tes grandes qualités humaines font de toi un exemple à suivre. En ce jour, ta fille espère être à la hauteur de tes espérances et réaliser l'un de tes rêves. Que ce travail soit l'exaucement de tes vœux et le fruit de tes innombrables sacrifices consentis pour mes études et mon éducation. C'est ta réussite avant d'être la mienne. Puisse Dieu tout puissant te protéger et t'accorder santé, bonheur et longue vie.*

*A ma très chère et adorable mère Mme Fouzia Khallaayoun*

*Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.*



*A Mes adorables frères My Abderrahman et My Hicham*

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail. Que dieu nous unisse à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

*A ma belle-sœur Safa,*

Mon amie et ma sœur, je te dédie ce travail en guise de reconnaissance à ta gentillesse et ton dévouement. Je n'ai jamais connu quelqu'un d'aussi bon et sincère que toi. Puisse DIEU, le tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé et de bonheur.

*A ma très chère grand-mère maternelle Jamila Soussi*

Tu as été toujours une source de tendresse et d'affection. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien tout au long de mes études. Puisse le seigneur tout puissant te procurer longue vie, santé et bonheur.

*A la mémoire de mes grands parents paternels, et grand père maternel.*

J'aurais tant aimé que vous soyez présents en ce jour. Puissent vos âmes reposent en paix.



*A ma petite cousine et sœur de cœur Abla*

*Tu étais et tu resteras pour jamais ma sœur et ma confidente. Nous avons traversé beaucoup de moments ensemble, les bons comme les plus difficiles. Tout est gravé dans le plus profond de ma mémoire, témoin de notre amour et complicité .... Je te remercie de m'avoir soutenu. Je te souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite.*

*A mes oncles et tantes, cousins et cousines, aux membres de ma famille, petits et grands,*

*J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom. Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années. En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte.*

*A mes meilleures amies et sœurs Khaoula Tidriri et Sara El jamali,*

*Tous les mots, toutes les phrases et même tous les textes du monde, ne sauraient exprimer l'amour, le respect et la reconnaissance que j'ai pour vous. Vous êtes les personnes que je suis toujours heureuse de voir parce que vous savez démontrer l'affection que vous portez aux gens. Merci pour votre amitié, merci pour votre soutien, et merci pour l'amour que vous m'avez montré pendant toutes ces années. Je vous aime très fort.*



*A mes très chères amies Meriem Bousta et Yosra Fdil,*

*Vous êtes bien plus que des amies, vous êtes des sœurs pour moi. Je remercie Dieu d'avoir croisé nos chemins. vous êtes les amies avec qui j'ai partagé mes moments de bonheur et qui ont su se réjouir pour moi avec sincérité et sans arrière-pensées. Vous êtes la main qui m'a aidée à me relever quand je me sentais triste, le visage familier qui m'a apaisé quand je ne voyais autour de moi que le mépris ou l'indifférence. Vous avez toujours été la voix ferme que jamais je n'ai entendu trembler ou faiblir. Merci pour votre soutien et votre amour inconditionnel. Puisse Dieu nous garder toujours solidaires et unies.*

*A mon meilleur ami Mehdi Raouah,*

*Tu es l'incarnation du meilleur ami que tout le monde cherche. Heureusement pour moi, je suis parmi les personnes qui ont pu te trouver ! Je ne saurai te remercier pour toute ton aide, très précieuse d'ailleurs, tes encouragements, ta patience et ton soutien.*

*Nous avons vécu et partagé tellement d'évènements ensemble que tu fais partie intégrante de ma vie quotidienne. Fait qui me ravie et m'honore. J'ai la certitude que tu seras un moyen de guérison et de consolation de tes patients, car je sais à quel point tu es un bon médecin et une honnête personne. J'espère aussi que tu pourras trouver « bague à ton doigt » et jouir d'une vie maritale et familiale heureuse.*



*A mon très cher ami Tarík,*

*Ton aide et ta générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience. En témoignage de mon admiration et de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement. Je prie Dieu le tout puissant pour qu'il te donne bonheur et prospérité.*

*A mes binômes Bouchra et Bahía*

*Bien que ce ne soit plus des nuits blanches pénibles, un travail surhumain à plein temps, un petit coussin et une couverture, qui ne suffit qu'à accentuer notre sensation de froid, que nous avons partagés, il reste que vous fûtes à mes yeux des amies, consœurs et confidentes hors pair. Je vous remercie pour tant de choses que je ne pourrais citer. 5 années déjà passées, qui renferment beaucoup de souvenirs qui resteront à jamais gravés dans ma mémoire.*

*A mes amis les plus proches Younes Chikí, Wadí Ouhammou, Yousra Zouine, Bahía Zouine, Kenza Lamouasni et  
Yasmína Benhalíma*

*Je ne pourrais que vous considérer comme partie de ma famille. Vous avez fait partie de mes moments de joie, et de tristesse. Merci pour votre amour, votre soutien, et merci encore une fois pour les moments où j'ai pu compter sur vous. Je prie Dieu de rester unies et de partager le bon, et mauvais de cette vie ensemble.*



*A mes très chères ami(e) et collègues,*

*Je ne peux vous citer tous et toutes, car les pages ne le permettraient pas, et je ne peux vous mettre en ordre, car vous m'êtes tous et toutes chères...*

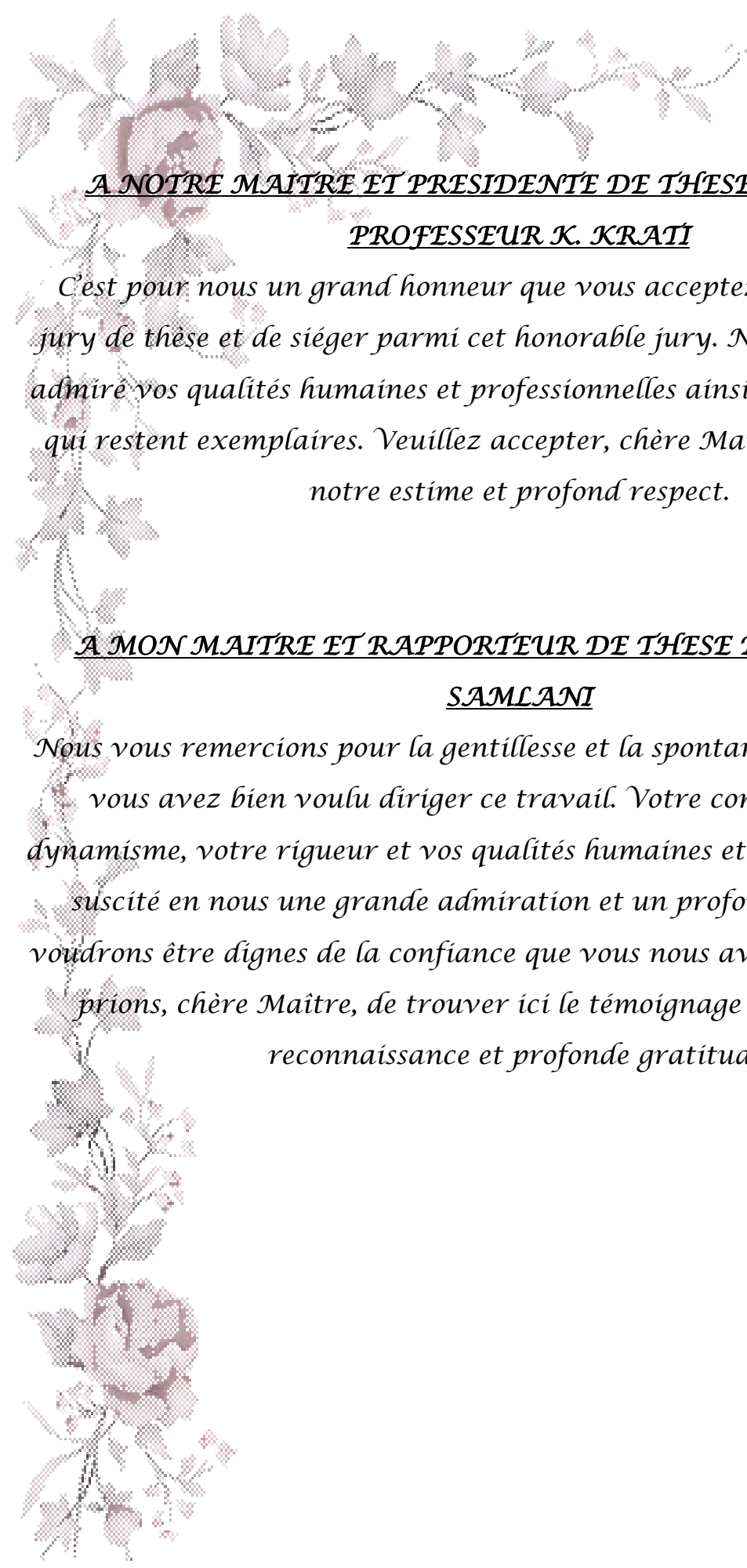
*Vous étiez toujours là pour me reconforter et me soutenir dans les moments les plus durs. Merci, chers ami(e)s pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble. Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond respect et vous souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du monde.*

*A tous ceux ou celles qui me sont cher(e)s et que j'ai omis  
involontairement de citer.*



*REMERCIEMENTS*



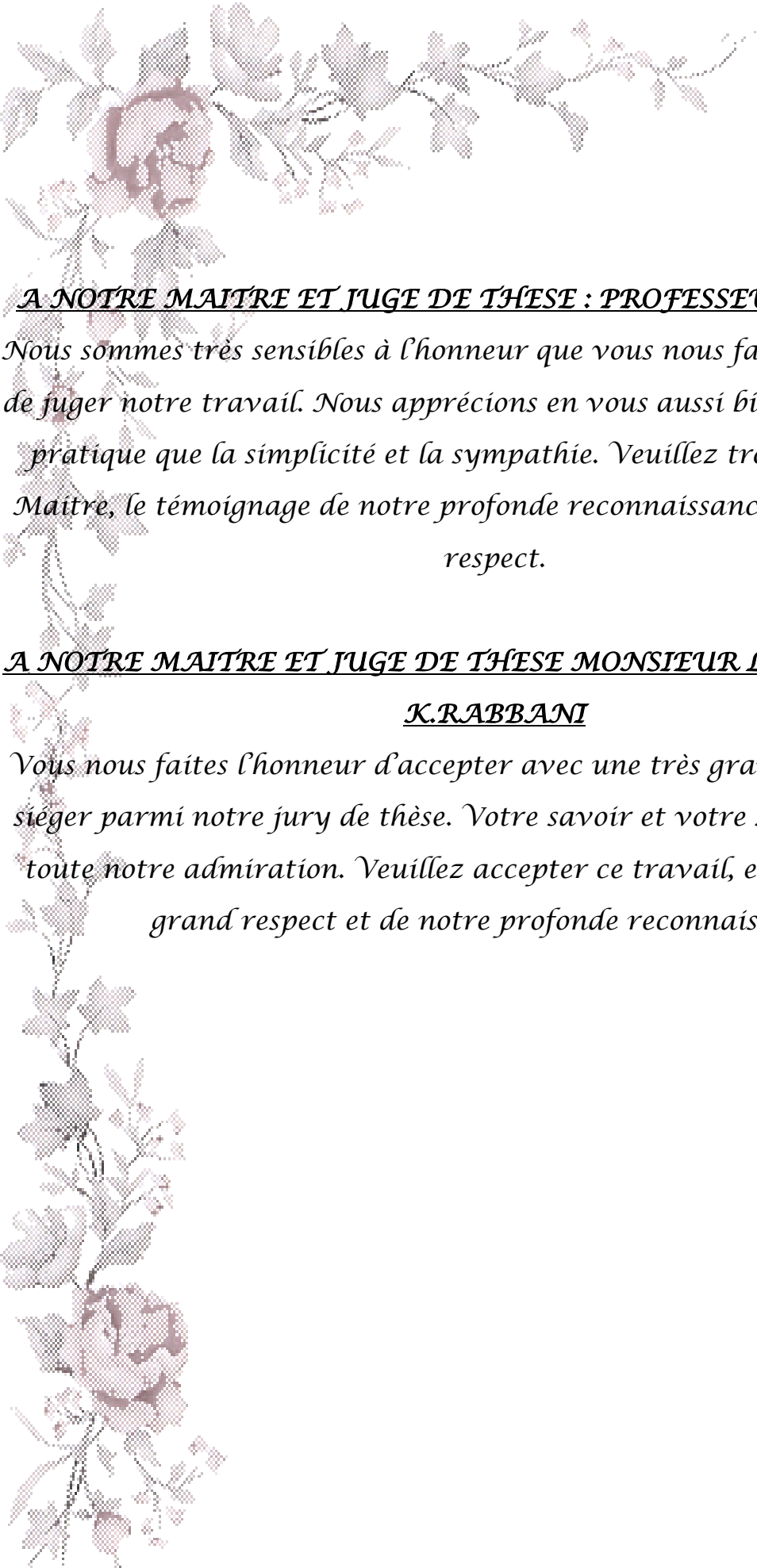


**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE MADAME LE**  
**PROFESSEUR K. KRATI**

*C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de présider mon jury de thèse et de siéger parmi cet honorable jury. Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Veuillez accepter, chère Maître, l'assurance de notre estime et profond respect.*

**A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE PROFESSEUR Z.**  
**SAMLANI**

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail. Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Nous voudrions être dignes de la confiance que vous nous avez accordée et vous prions, chère Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.*



**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE : PROFESSEUR S. OUBAHA**

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous apprécions en vous aussi bien la compétence pratique que la simplicité et la sympathie. Veuillez trouver ici, chère Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et notre grand respect.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR**

**K.RABBANI**

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse. Votre savoir et votre sagesse suscitent toute notre admiration. Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance.*



# *ABBREVIATIONS*



## Liste des abréviations

<b>HDH</b>	: Hémorragie digestive haute
<b>PC</b>	: produits caustiques
<b>CE</b>	: corps étrangers
<b>VAS</b>	: voies aériennes supérieures
<b>PEC</b>	: prise en charge
<b>ATCD</b>	: antécédent
<b>EBO</b>	: endobrachiœsophagite
<b>HTP</b>	: hypertension portale



# *PLAN*



## INTRODUCTION

<b>MATÉRIEL &amp; MÉTHODE</b> .....	<b>3</b>
I. But du travail:.....	<b>4</b>
II. Matériel et méthode:.....	<b>4</b>
1. Type et durée d'étude:.....	<b>4</b>
2. Population d'étude:.....	<b>4</b>
3. Critères d'inclusion:.....	<b>4</b>
4. Critères d'exclusion:.....	<b>5</b>
5. Méthode de recueil des données:.....	<b>5</b>
6. Analyse et saisie des données:.....	<b>5</b>

<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>6</b>
I. Caractéristiques individuelles des patients :.....	<b>7</b>
1. La répartition selon l'âge :.....	<b>7</b>
2. La répartition selon le sexe :.....	<b>7</b>
II. Caractéristiques cliniques des patients:.....	<b>8</b>
1. Antécédents pathologiques et comorbidités:.....	<b>8</b>
2. Motif de consultation.....	<b>10</b>
III. Caractéristiques biologiques initiales des patients :.....	<b>15</b>
1. Hémorragies digestives hautes:.....	<b>15</b>
2. Produits caustiques:.....	<b>16</b>
3. Corps étrangers:.....	<b>17</b>
IV. PEC à la phase aigue :.....	<b>17</b>
1. Prise en charge médicale :.....	<b>17</b>
2. Prise en charge endoscopique :.....	<b>20</b>
V. Evolution et complication.....	<b>23</b>
1. Hémorragies digestives hautes:.....	<b>23</b>
2. Produits caustiques:.....	<b>25</b>
3. Corps étrangers:.....	<b>25</b>

<b>DISCUSSION</b> .....	<b>27</b>
I. Rappel.....	<b>28</b>
1. Anatomie de l'appareil digestif.....	<b>29</b>
2. L'endoscopie digestive haute.....	<b>29</b>
II. Physiopathologie :.....	<b>31</b>
1. Hémorragie digestive haute :.....	<b>31</b>
2. Produits caustiques.....	<b>34</b>
3. Corps étrangers.....	<b>36</b>
III. Caractéristiques individuelles des patients :.....	<b>38</b>
1. Répartition selon l'âge :.....	<b>38</b>
2. Répartition selon le sexe :.....	<b>39</b>
IV. Caractéristiques cliniques des patients :.....	<b>40</b>
1. ATCD et comorbidités :.....	<b>40</b>

2. Motif de consultation :	42
3. L'histoire de l'hémorragie:	46
V. Prise en charge à la phase aigue :	47
1. Mise en condition initiale:	47
2. Prise en charge endoscopique	52
VI. Evolution et complications :	62
1. Hémorragies digestives hautes:	62
2. Produits caustiques :	62
3. Corps étrangers:	66
<b>CONCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>73</b>
<b>RÉSUMÉS</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>88</b>



# *Introduction*



L'endoscopie digestive haute en urgence est depuis longtemps incontournable notamment, en présence d'une hémorragie digestive. Ses indications principales sont l'hémorragie digestive, l'ingestion de produits caustiques, ainsi que l'ingestion de corps étrangers.

Les progrès techniques incessants font que l'endoscopie digestive haute en urgence est devenu un acte médical de haute technicité qui doit associer efficacité, sécurité et qui permet dans la majorité des cas de poser le diagnostic, d'évaluer le pronostic et de proposer un geste thérapeutique.

Les urgences endoscopiques hautes sont des situations graves engageant le pronostic vital. Elles sont dominées par les hémorragies digestives hautes, causées principalement par l'ulcère gastroduodéal ou un saignement variqueux. Elles sont graves et le pronostic vital est souvent mis en jeu . Leur diagnostic étiologique est orienté par les antécédents et le contexte clinique et repose principalement sur la fibroscopie d'urgence.

L'ingestion de caustique conduit le plus souvent à une oesophagite. L'ingestion de corps étranger est moins fréquente, et faite essentiellement d'objets métalliques retrouvés au niveau de l'œsophage.

La prise en charge est multidisciplinaire nécessitant la présence d'un urgentiste , un réanimateur, un gastro-entérologue et un chirurgien viscéral. Les conditions de travail et les prises de décisions peuvent influencer l'issue de la situation et celles-ci varient d'une équipe à l'autre.

Le but du présent travail consiste en ressortir et définir les différentes situations nécessitant la réalisation d'une endoscopie digestive haute en urgence dans notre contexte, et de décrire les différentes étapes de la prise en charge.



# *MATÉRIEL & MÉTHODE*



## **I. But du travail:**

- Décrire les indications et les situations nécessitant une endoscopie d'urgence.
- Caractériser la place du traitement endoscopique dans cette PEC.
- Evaluer le pronostic à court et à long terme.

## **II. Matériel et méthode:**

### **1. Type et durée d'étude:**

- Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée au service de gastro-entérologie du CHU med6 hôpital Arrazi incluant tous les patients ayant présenté une HD haute, une ingestion de produit caustique ou de corps étranger.
- L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois (de Janvier 2018 à Décembre 2018).

### **2. Population d'étude:**

- Tous les patients ayant présenté une urgence nécessitant une endoscopie digestive notamment une HD haute (méléna ou hématomèse), ingestion de corps étranger ou de produit caustique, qui ont été référés des urgences, et ayant eu une fibroscopie digestive haute dans un but diagnostique ou thérapeutique.

### **3. Critères d'inclusion:**

- Nous avons inclus dans l'étude :
  - Tous les patients de sexe féminin ou masculin
  - L'âge était compris entre 17 ans et 82 ans

- Les patients ayant présenté une hémorragie digestive haute, ingéré un corps étranger ou un produit caustique et qui ont eu un traitement endoscopique à visé diagnostique ou thérapeutique.
- Les patients dont les dossiers sont exploitables.

#### **4. Critères d'exclusion:**

- Patients agés de moins de 15ans
- Les patients dont les dossiers sont incomplets.

#### **5. Méthode de recueil des données:**

Le recueil des données a été fait à partir des:

- Registres d'hospitalisation ;
- Les dossiers médicaux du service d'hépto-gastro-entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech ;
- Comptes rendu de la FOGD
- Le système informatisé d'archivage ;
- La collaboration du personnel médical et paramédical.

#### **6. Analyse et saisie des données:**

- L'analyse statistique des données a été faite à l'aide du logiciel Epi-info et Excel XP.
- La saisie des textes et des données a été faite sur le logiciel Word XP et celles des Graphiques sur le logiciel Epi-info et Excel XP.

**LA BIBLIOGRAPHIE A ETE FAITE A L'AIDE DU LOGICIEL ENDNOTE.**



# *RÉSULTATS*

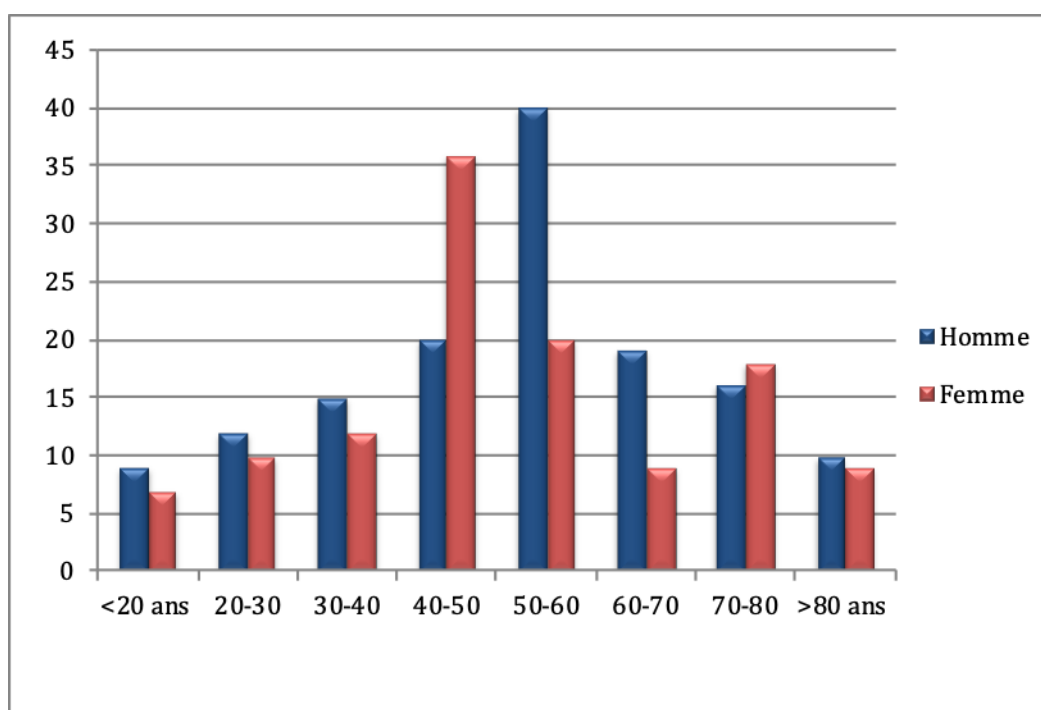


## I. Caractéristiques individuelles des patients :

### 1. La répartition selon l'âge :

L'âge moyen de la population étudiée était de 36.5ans, avec des extrêmes allant de 17 à 82 ans.

La tranche d'âge majoritaire se situe entre 40 et 50ans pour les femmes et entre 50 et 60 pour les hommes.



**Figure 1: Répartition des patients selon l'âge**

### 2. La répartition selon le sexe :

Notre série comprend 142 hommes soit 54%, et 121 femmes soit 46%, soit un sexe ratio de 1,17.

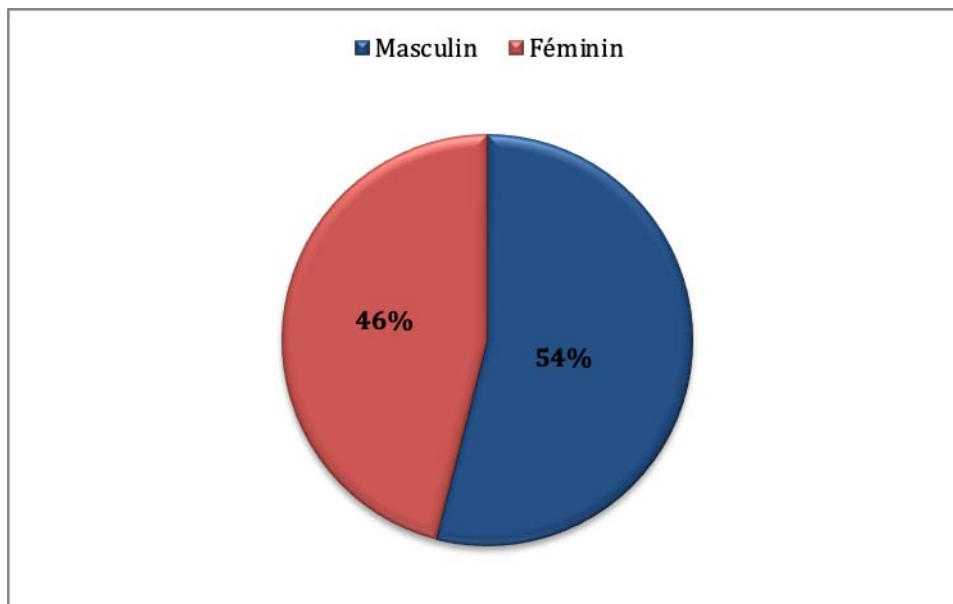


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

## II. Caractéristiques cliniques des patients:

### 1. Antécédents pathologiques et comorbidités:

#### 1.1. Les Comorbidités :

Tableau 1 : les comorbidités que présentent nos malades

Comorbidités	Nombre de cas	Pourcentage
Diabète type 2	10	5%
HTA	7	3,5%
Cardiopathie	2	1%
Néphropathie	3	1,5%
Dyslipidémie	4	2%

**1.2. Antécédents pathologiques liés à l'hémorragie digestive haute.**

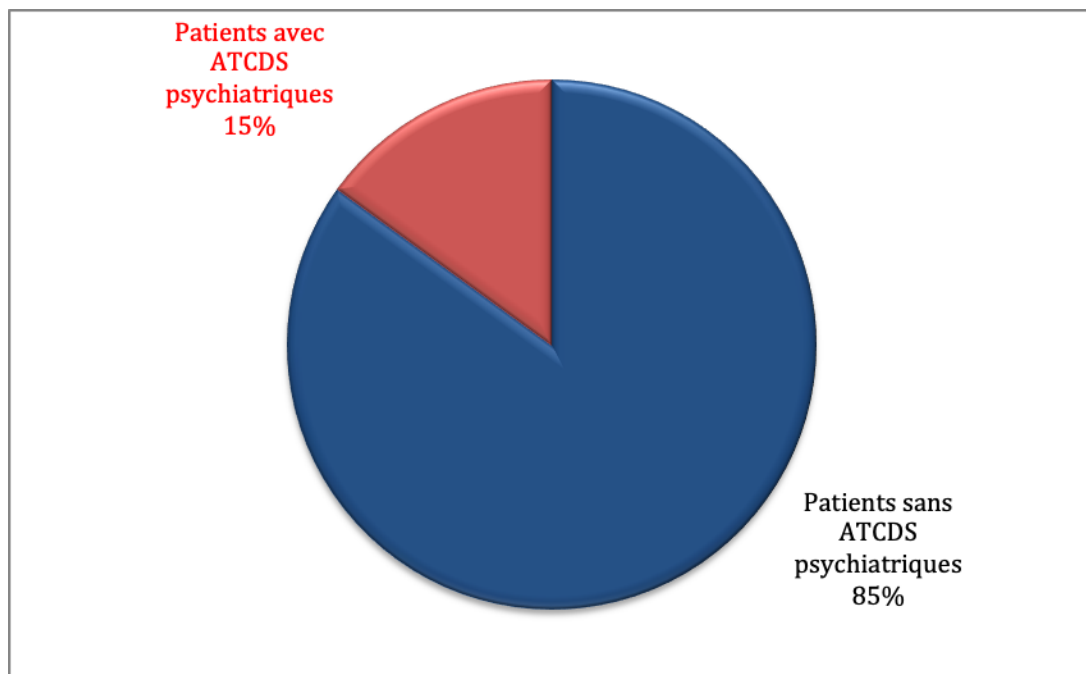
**Tableau 2: Antécédents pathologiques liés à l'HDH.**

Antécédents	Pourcentage	NOMBRE
Antécédents d'HDH	20%	40
Habitudes toxiques	12%	24
a. - Tabac	8%	16
b. - Alcool	2%	4
c. - Alc+Tab	2%	4
Ulcère gastro-duodénale	9%	18
Hypertension portale (HTP)	6%	12
Prise de médicaments gastrotoxiques	5%	10
<b>total</b>	<b>64%</b>	<b>128</b>

**1.3. Profil psychologique :**

**a. Produits caustiques**

L'évaluation du profil psychologique a été faite à l'admission par un interrogatoire auprès du malade et/ou de sa famille



**Figure 3: Répartition des maladies selon les atc ds psychiatriques**

**b. Corps étranger**

Les antécédents médicaux ont été marqués par l'existence de 3 malades suivis pour psychoses chroniques : un cas de schizophrénie et deux cas de psychoses indéterminées ce qui représente 13% des cas. Dix malades étaient des éthylo-tabagiques. Par ailleurs, on a note que 7 malades étaient des prisonniers, soit 30% des cas et 9 femmes étaient porteuses de voile, soit 81% de la population féminine.

**2. Motif de consultation:**

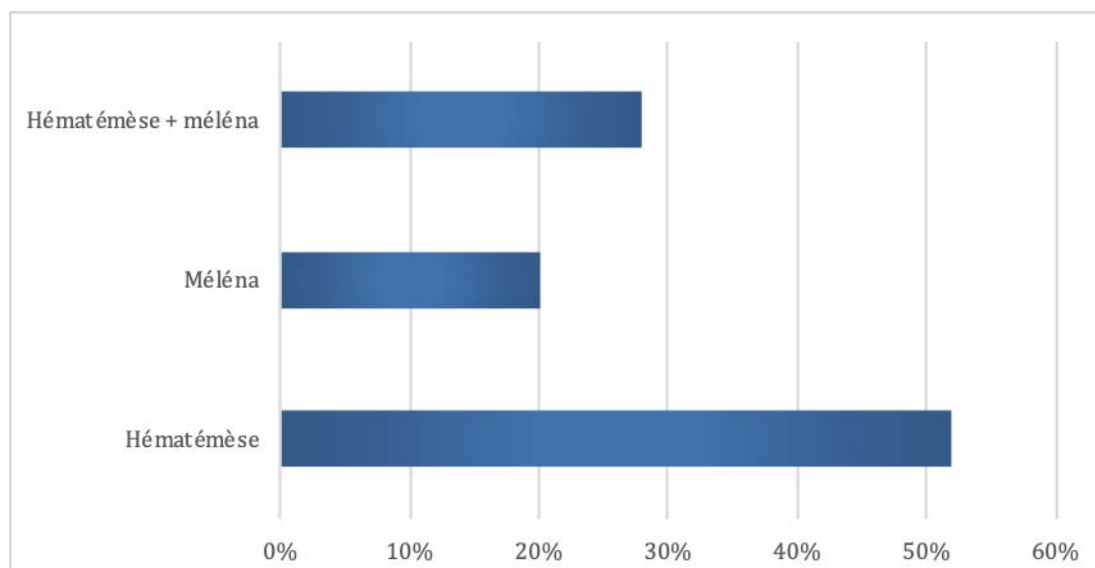
**2.1. Hémorragie digestive haute:**

**a. Mode d'extériorisation de l'hémorragie:**

Il s'agit d'une hématémèse, méléna ou l'association des deux symptômes.

**Tableau 3 : Mode d'extériorisation de l'hémorragie.**

Nature	Nombre	Pourcentage
Hématémèse	104	52%
Méléna	40	20%
Hématémèse + méléna	56	28%
Total	200	100%



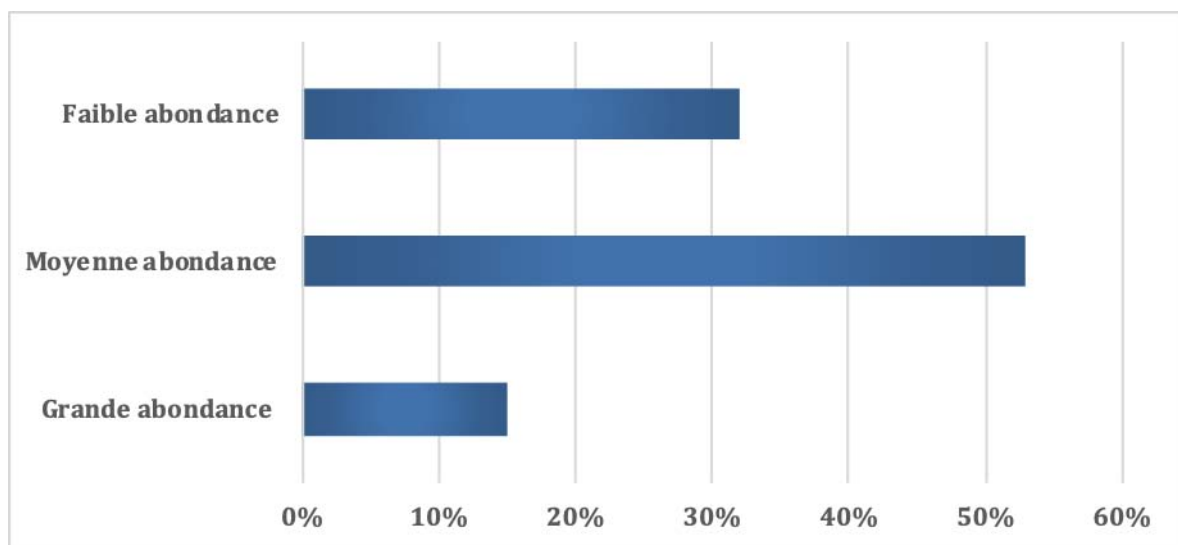
**Figure 4: Mode d'extériorisation de l'hémorragie**

### b. Abondance de l'hémorragie

Trois types d'hémorragies sont à distinguer :

- L'hémorragie massive
- L'hémorragie de moyenne abondance
- L'hémorragie de faible abondance

Cette distinction a été établie selon des critères avant tout cliniques : quantification de perte sanguine, PA systolique et diastolique, FC, FR, et l'état neurologique



**Figure5 : Abondance de l'hémorragie chez nos malades**

Le **score de Rockall** est un outil élaboré pour évaluer le pronostic des hémorragies digestives hautes (HDH). Il s'agit d'un score facile à calculer à partir des données cliniques, biologiques et endoscopiques.

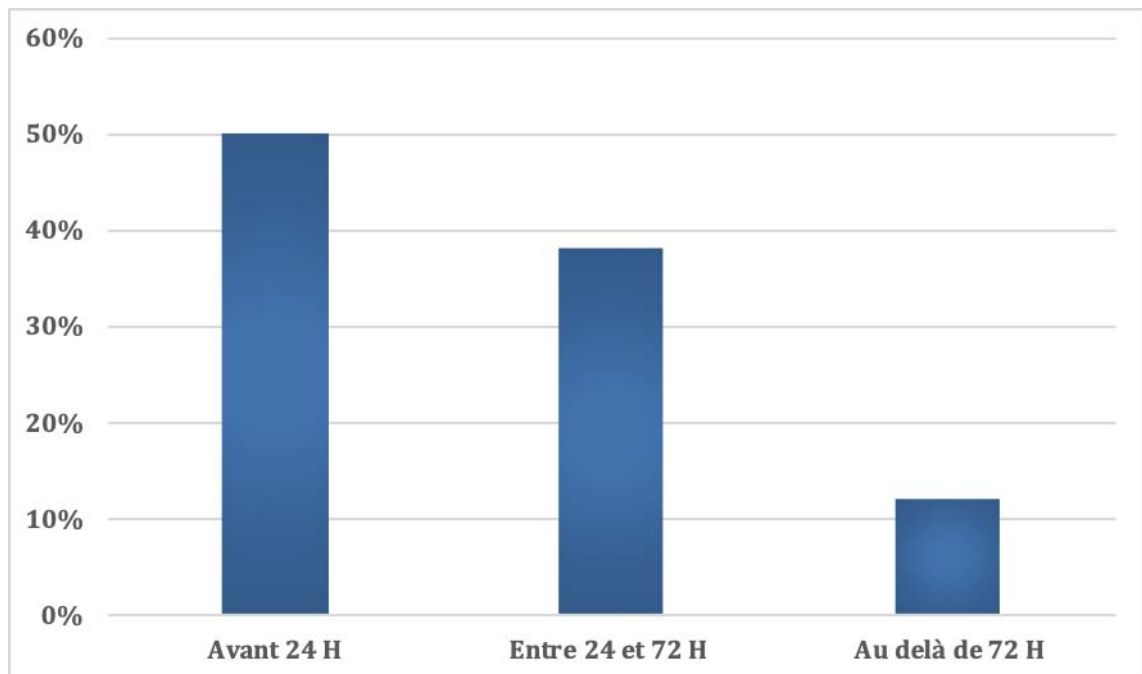
### c. Délai écoulé entre l'hémorragie et l'exploration endoscopique

Nous avons classé les malades en trois groupes selon le délai écoulé entre l'hémorragie et l'heure d'admission.

Groupe1 : Les malades examinés avant les 24h suivant l'hémorragie représentent un pourcentage de 50%.

Groupe2 : Les malades examinés entre 24 et 72h suivant l'hémorragie représentent un pourcentage de 38%.

Groupe3 : Les malades examinés après 72h représentent un pourcentage de 12%.

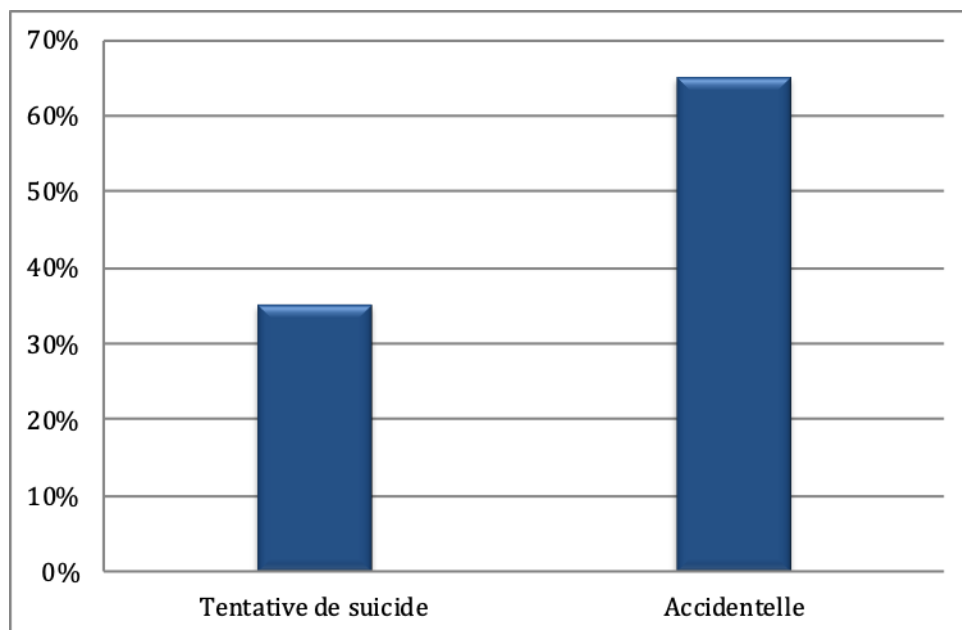


**Figure 6:** Répartition des malades selon le délai écoulé et l'exploration endoscopique

## 2.2. Produits caustiques :

### a. Circonstances d'ingestion :

- L'ingestion accidentelle est prédominante dans notre étude. Chez 26 patients, l'ingestion du produit caustique était accidentelle, ce qui présente 65% des cas. Alors que chez 14 patients soit 35% l'ingestion était volontaire.



**FIGURE 7 : Répartition des patients en fonction des circonstances d'ingestion**

**b. Produit ingéré :**

*b.1. Nature du produit caustique :*

Dans notre série, le produit acide figurant en **première place** est l'HCl, représentant 60% des ingestions.

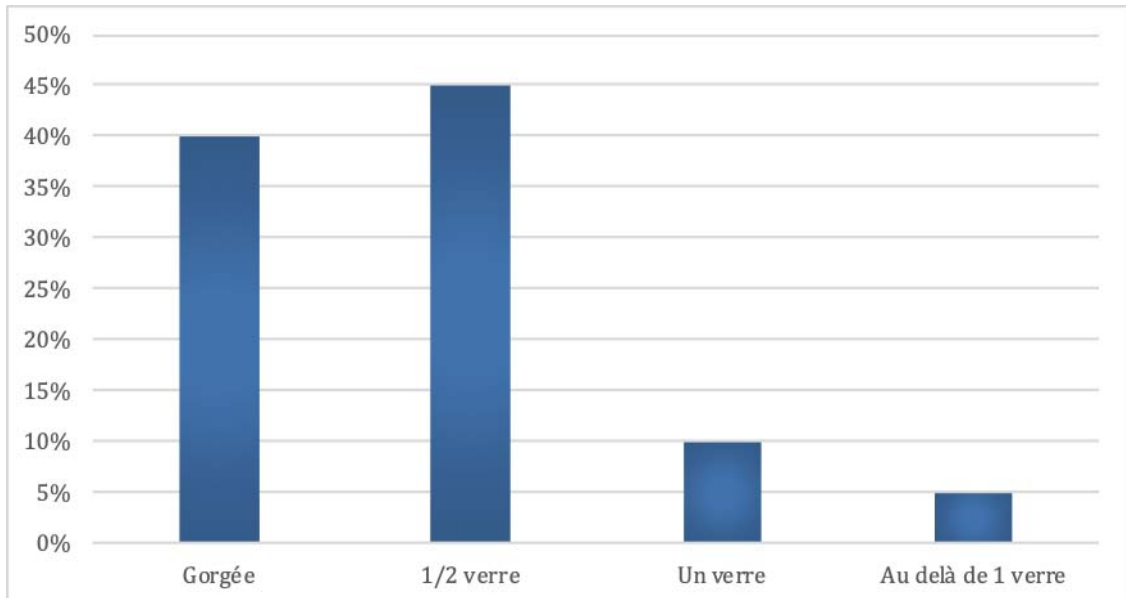
En **deuxième position** vient l'eau de javel qui est un oxydant avec un pourcentage de 35% des ingestions.

**Tableau 4 : Les différents produits incriminés dans les ingestions caustiques.**

Produit de caustique	Nombre de cas	Pourcentage
Esprit de sel (HCL)	24	60%
Eau de javel	14	35%
Chlorure de potasse	2	5%

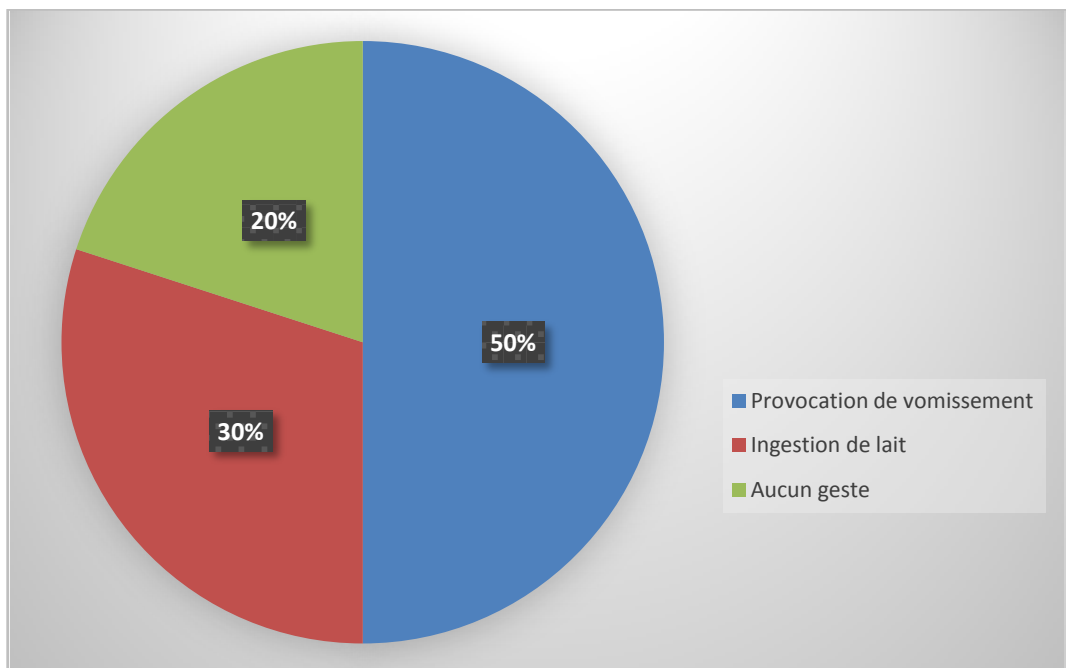
**c. Quantité ingérée :**

Il est difficile de préciser la quantité exacte ingérée du produit caustique. Elle a été évaluée de façon approximative en gorgé ou en verre, permettant d'établir une estimation globale des quantités absorbées.



**FIGURE 8 : répartition des patients en fonction des quantités ingérées:**

**d. Les gestes réalisés après ingestion:**



**Figure 9 : Répartition des maladies selon les gestes réalisés après ingestion**

### **2.3. Corps étrangers:**

#### **a. Circonstances d'ingestion :**

L'ingestion était connue chez 22 malades, soit 95.6% des cas. Elle était accidentelle chez 63.6% des patients et volontaire dans 36.4% des cas. Le contexte d'ingestion était méconnue chez seulement un de nos malades, soit 4.3% des cas.

#### **b. Caractéristiques des corps étrangers :**

Vingt-neuf CE ont été retrouvés chez nos malades. Leur nature était variable. Ils étaient acérés dans 42% des cas, tranchants dans 24% des cas et mousses dans 24% des cas. Le nombre de CE par malade était unique dans 91% des cas. La taille moyenne des CE était 3 cm avec des extrêmes allant de 1 à 8 cm (tableau n° 5).

**Tableau 5 : Caractéristiques des corps étrangers**

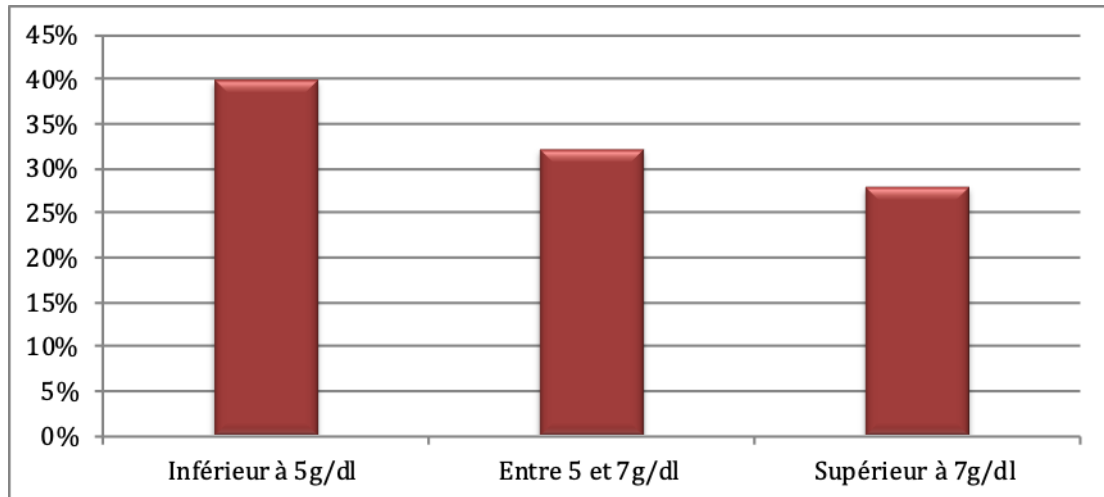
Corps étrangers			Nombre de cas
Nature	Taille(cm)	Nombre	
épingles	4	9	8
dentiers	2	3	4
pièces de monnaies	2	5	5
Une plume	8	1	1
Os	2,5	1	2
Clés	5 / 1,5	2	1
Piles électriques	4 / 1	2	2
briquet	3	2	2

### **III. Caractéristiques biologiques initiales des patients :**

#### **1. Hémorragie digestive haute :**

Les examens biologiques les plus demandés en urgences sont le groupage et le taux d'hémoglobine.

Les valeurs d'hémoglobine sont rapportées dans la figure ci-dessous.



**Figure 10 : Valeurs d'hémoglobine que présentent nos malades**

Le groupage, nous a permis de connaître le profil hématologique des malades, ainsi :

- 44% : O Rh+
- 2% : O Rh-
- 10% : AB Rh+
- 4% : B Rh-
- 20% : A Rh+
- 20% : B Rh+
- Autres bilans réalisés :
  - Le taux de prothrombine : bas (<45%) dans 43% des cas.
  - La protidémie basse (<65g/l) et l'albuminémie basse (<30g/l) dans 8% des cas
  - Le bilan rénal a révélé une insuffisance rénale (urée > 0,50 g/l, créat > 12mg/l) dans 11,1% des cas.

## **2. Produits caustiques :**

Un bilan biologique (NFS, ionogramme sanguin, bilan d'hémostase, fonction rénale) a été réalisé chez l'ensemble de nos patients.

Il a révélé des anomalies chez 24 cas (60%), et sont rapportées dans le tableau ci dessous.

**Tableau 6: Répartition des maladies selon les anomalies retrouvées au bilan**

ANOMALIE BIOLOGIQUE	NOMBRE DE CAS
CRP ELEVEE	10
HYPERLEUCOCYTOSE	14

La RX thorax a été réalisée chez l'ensemble de nos patients pour rechercher des complications notamment les signes de perforations et les signes de médiastinites

### **3. Corps étranger :**

Un bilan biologique pré geste (numération formule sanguine, groupage, bilan hydro-électrolytique, taux de prothrombine, urée, créatinémie) a été réalisé chez 5 patients. Il a révélé une hyperleucocytose chez un patient.

La RX thorax a été réalisée chez l'ensemble de nos patients; l'objectif d'une part était de localiser les CE radio-opaques et d'autre part de rechercher les complications notamment les signes de perforations et les signes de médiastinites surtout en cas de CE tranchant

## **IV. Prise en charge à la phase aigue :**

### **1. Prise en charge médicale :**

#### **1.1. Hémorragie digestive haute :**

##### **a. Réanimation d'urgence et évaluation initiale des patients :**

##### **a.1. *Oxygénothérapie :***

- 90% des patients ont été oxygénés.
- Intubation avec ventilation artificielle : pour 18 malades (soit 9%).
- Oxygénothérapie nasale : pour 140 malades (soit 70%).

**a.2. Le remplissage vasculaire :**

Les solutions utilisées sont :

- Le Sérum salé 9‰ (40ml/kg) : utilisé dans 86% des cas

**a.3. La transfusion :**

Une transfusion de culots globulaires a été nécessaire dans 94% des cas. Le tableau ci-dessous résume le nombre d'unités de sang transfusées par malade.

**Tableau 7: Nombre d'unités sanguines transfusées par malade**

Culots globulaires	Nombre de cas	Pourcentage
Inférieur à 2	60	30%
Entre 2 et 4	108	54%
Supérieur à 4	20	10%
Total	188	94%



**Figure 11: Nombre d'unités sanguines transfusées par malade**

**b. Les moyens médicamenteux :**

Les médicaments utilisés dans la prise en charge urgente d'une HDH sont :

- L'oméoprazole (IPP) injectable de façon systématique.

– L’octréotide (sandostatine) qui est un dérivé synthétique de la somatostatine a été utilisé chez 68 patients qui ont des signes d’HTP et/ou d’insuffisance hépatocellulaire soit un pourcentage de 34%.

***b.1. Antibioprophylaxie :***

8 malades présentant un syndrome d’HTP avec une ascite ont bénéficié d’une antibioprophylaxie à base de ciprofloxacine, soit un pourcentage de 4%.

***b.2. le lactulose :***

Utilisé chez 8 patients présentant une cirrhose/HTP en prévention de l’encéphalopathie hépatique soit un pourcentage de 4%

**1.2. Produits caustiques :**

**a. Mise en condition:**

Dès leur admission, tous nos patients ont été mis en condition avec prise de 2 voies veineuses périphériques et ont bénéficié d’une prise en charge immédiate (100%).

Après un bilan clinique rapide, l’abord vasculaire a été réalisé chez tous nos patients, permettant ainsi la rééquilibration hydro-électrolytique chez 100% des cas. Les lavages gastriques, les émétisants et les neutralisants ont été proscrits chez tous nos malades vu leur inefficacité et leurs risques. Un Traitement antalgique a été administré dans 100% des cas.

Tous nos patients étaient mis sous repos digestif et sous inhibiteur de pompe à protons.

**TABLEAU 8 : répartition des patients en fonction des mesures thérapeutiques :**

Mesures thérapeutiques	Nombre de cas	Pourcentage %
Abord vasculaire	40	100%
Rééquilibration hydro-électrolytique	40	100%
Mise au repos du tube digestif	40	100%
Anti-sécrétoires	40	100%
Antalgiques	40	100%
ATB	0	0%

### 1.3. Corps étranger :

Un traitement antalgique et antispasmodique était indiqué chez 5 malades qui présentaient des douleurs abdominales. Une diète absolue avec correction hydro électrolytique a été instaurée chez 18 malades, soit 85.7% des cas.

## 2. Prise en charge endoscopique :

### 2.1. Hémorragie digestive haute :

Dans notre étude, 100% des malades ont bénéficié d'un examen endoscopique.

#### a. Délai écoulé entre HDH et l'endoscopie :

Cette notion est importante à préciser, puisqu'une endoscopie faite au-delà de 24h après l'hémorragie augmente le risque d'échec du diagnostic, car la fibroscopie peut être normale, ou bien l'examineur voit des lésions qui ne saignent plus.

**Tableau N°10 : Répartition selon le délai séparant l'endoscopie de l'hémorragie.**

Délai	Avant 24h	Entre 24 et 72h	Après 72h	Total
Nombre	100	76	24	200
Pourcentage%	50%	38%	12%	100%

#### b. Délai entre l'admission et la réalisation d'une FOGD :

Ce délai a varié chez tous les malades entre 8h et 12h, avec une moyenne de 10h.

Nous avons classé les malades en deux groupes, selon le délai écoulé entre l'admission et la réalisation de la fibroscopie

**Groupe 1 :** Les malades qui ont bénéficié d'une FOGD entre 8-10h de l'admission représentent un pourcentage de 42,5%.

**Groupe 2 :** Les malades qui ont bénéficié d'une FOGD entre 10- 12h de l'admission représentent un pourcentage de 57,5%.

**Tableau 9: Répartition des malades selon le délai parant l'admission et la réalisation d'une FOGD**

Dé lai	8- 10h	10-12h
Nombre	85	115
Pourcentage	42,5%	57,5%

**c. Résultats de l'examen endoscopique :**

**Tableau 10 :Résultats de l'examen endoscopique**

Lésions hémorragiques	Fréquence	Pourcentage
Ulcère à caractère propre	16	8%
Tache hémorragique	16	8%
Saignement actif	24	12%
Caillot adhérent	8	4%
Vaisseaux visibles	8	4%
Total	72	36%
Gastrite	8	4%
Bulbo-duodénite	8	4%
Œsophagite	4	2%
Total	10	10%
Varices œsophagiennes	50	25%
Varices gastriques	10	5%
Total des lésions objectivées	172	86%
Echec (lésion non vue)	8	4%
Lésions ulcéro-bourgeonnantes	20	10%
Total	180	90%

Le diagnostic des HDH a été porté chez 86% des patients soit 172 patients grâce à la fibroscopie et que 4 lésions ont dominé par leur grande fréquence :

- Les ulcères gastro-duodénaux : 72 cas soit un pourcentage de 36%.
- Les varices œsophagiennes : 50 cas soit un pourcentage de 25%.
- Les lésions aiguës de la muqueuse oeso-gastro-duodénale (gastrites, œsophagites) : 20 cas soit un pourcentage de 10%.
- Les lésions ulcéro-bourgeonnantes : 20 cas soit un pourcentage de 10%.

**d. Traitement endoscopique**

Un geste endoscopique a été effectué chez 68 malades soit : 34%.

- **Méthode par injection+ mise en place de clip hémostatique** : en cas d'hémorragie ulcéreuse soit un pourcentage de 16%.
- **Ligature élastique endoscopique** : en cas de VO soit un pourcentage de 18%

Ces gestes ont été pratiqués chez : 40 malades admis pour hémorragie ulcéreuse soit : 20% et 28 malades admis pour hémorragie de rupture de VO : 14%.

**2.2. Produits caustiques :**

**a. délai entre l'hospitalisation et l'endoscopie :**

100 % de nos malades ont eu une FOGD initialement. Elle a été réalisée dans un délai inférieur ou égal à 24 heures chez 22 patients (55%), et au-delà de 24 heures chez 18 patients (45%).

Les lésions endoscopiques de nos patients sont classées selon la classification de DI-COSTANZO. Les résultats sont rapportés dans le tableau ci dessous.

**b. Evaluation endoscopique :**

Topographie selon les stades endoscopiques :

**TABLEAU 11 : Répartition des patients selon les stades endoscopiques (DI COSTANZO)**

Topographie Stade	Œsophage		Estomac	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
Stade I	18	45%	10	25%
Stade IIa	10	25%	6	15%
Stade IIb	4	10%	4	10%
Stade IIIa	4	10%	2	5%
stade IIIb	4	10%	4	10%
Stade IV	0	0	0	0

**c. Le contrôle endoscopique :**

Tous nos patients ont été référés au service de CHV dont 38 malades, soit 95% des cas, ont bénéficié d'une fibroscopie de contrôle, réalisée entre la 1ere et la2eme semaine suivant l'hospitalisation.

**2.3. Corps étranger :**

L'endoscopie digestive haute a été indiquée chez les malades initialement en bon état général sans complications, avec un corps étranger siégeant au niveau du tractus digestif supérieur et à priori extirpable. Elle a été réalisée sous intubation chez 6 malades et sous AG chez tous les patients pour protéger les VAS. Cette exploration a abouti au retrait du CE dans 10 cas (2 briquets, 2 piles, 1 plume, 2 dentiers 2 pièces de monnaies et 1 clé) les autres cas soit des CE non visualisés N=11 soit trouvés impacté à la paroi œsogastrique N=4 ; ces derniers patients ont été confiés au service de chirurgie pour complément de PEC.

## **V. Evolution et complication**

### **1. Hémorragie digestive haute :**

**1.1. Evolution des malades :**

**a. Evolution favorable :**

*a.1. Clinique :*

L'hémostase a été assurée dans 84% des cas.

*a.2. Biologique :*

Le rendement transfusionnel était bon dans 100% des cas.

**b. Evolution défavorable :**

Dans notre groupe 2 patients présentant un sd d'HTP ont été décédés par choc hémorragique

### 1.2. Durée d'hospitalisation

Dans notre série, la mortalité était tardive (au-delà des 24 premières heures) dans 2 cas

### 1.3. Cause de la mortalité

La mortalité était en rapport avec :

- La persistance de l'hémorragie dans 1 cas.
- Une récurrence hémorragique dans 1 cas.

L'analyse des dossiers nous a permis d'évaluer le pronostic des HDH. Nous pouvons conclure que le pronostic dépend de :

- La présence de tares associées.
- L'abondance de l'hémorragie initiale (taux d'hémoglobine)
- Le nombre de CG transfusées
- La chirurgie

#### c. **Devenir des malades :**

- **40%** des malades ont été déclarés **sortants avec prescription à domicile.**
- 49% des malades ont été orientés vers un autre service dont :
  - **38%** ont été déclaré sortant avec **suivi en consultation au service de gastro-entérologie**
  - Un service de chirurgie dans 7% des cas.
  - Un service de cardiologie dans 4% des cas.
- **10%** des patients ont été **perdus de vue.**
- **1%** sont **décédés.**

**TABLEAU 12: le devenir des maladies**

<i>Patients sortants sous traitement</i>	<i>Orientés vers un autre service</i>	<i>Perdus de vue</i>	<i>Décédés</i>
40%	49%	10%	1%

## **2. Produits caustiques :**

Tous nos patients ont été référés au service de CHV pour complément de prise en charge après avoir effectué une fibroscopie initiale .

### **2.1. Mortalité :**

Il a été noté 4 décès (10% des cas) : 2 décès par un état de dénutrition et 2 autres par complications infectieuses après la jéjunostomie d'alimentation.

### **2.2. Évolution globale :**

34 patients parmi 40 cas (soit 75%) ont évolué favorablement sous traitement médical.

6 ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

### **2.3. Sténoses digestives :**

Sur les 40 patients, 6 avaient développé des sténoses digestives (soit 15%). Ils ont présenté 4 sténoses de l'œsophage étendu et non étendu et 2 sténoses pyloriques. Ils ont bénéficié d'un traitement chirurgical : 6 jéjunostomies d'alimentation, avec une dilatation endoscopique pour la sténose non étendue de l'œsophage avec une bonne évolution.

## **3. Corps étranger :**

### **3.1. Durée de séjour hospitalier :**

Pour les malades surveillés, la durée moyenne de séjour hospitalier était de 4 jours avec des extrêmes allant de 2 à 5 jours. Alors qu'elle était de 6 jours avec des extrêmes de 3 à 8 jours chez les patients traités chirurgicalement.

### **3.2. Mortalité:**

Dans notre série nous déplorons 1 décès, ce qui représente 4.7% des cas. La cause était un choc septique.

**3.3. Evolution à court terme:**

Chez les malades surveillés, l'évolution était favorable dans 10 cas avec élimination du corps étranger ingéré par voie naturelle, sans complication. Une patiente avec une épingle comme CE, avait présenté un tableau de péritonite au deuxième jour de surveillance, nécessitant le recours à la chirurgie. Le délai moyen entre l'ingestion et l'élimination était de 3 à 4 jours avec des extrêmes allant de 2 à 6 jours.

Chez les malades opérés, les suites immédiates étaient simples dans 6 cas soit 84.6%. Une surinfection de la paroi a été décelée chez un malade. Elle a bien évolué sous soins locaux et antibiothérapie.

La reprise du transit a été en moyenne au 3ème jour, l'aspiration digestive a été enlevée en moyenne au 4ème jours, le drainage abdominal a été retiré entre le 3ème et le 5ème jours.

**3.4. Evolution à moyen et à long terme:**

Aucune complication à moyen et à long terme n'a été notée dans notre série.



## *DISCUSSION*



## I. Rappel :

### 1. Anatomie de l'appareil digestif :

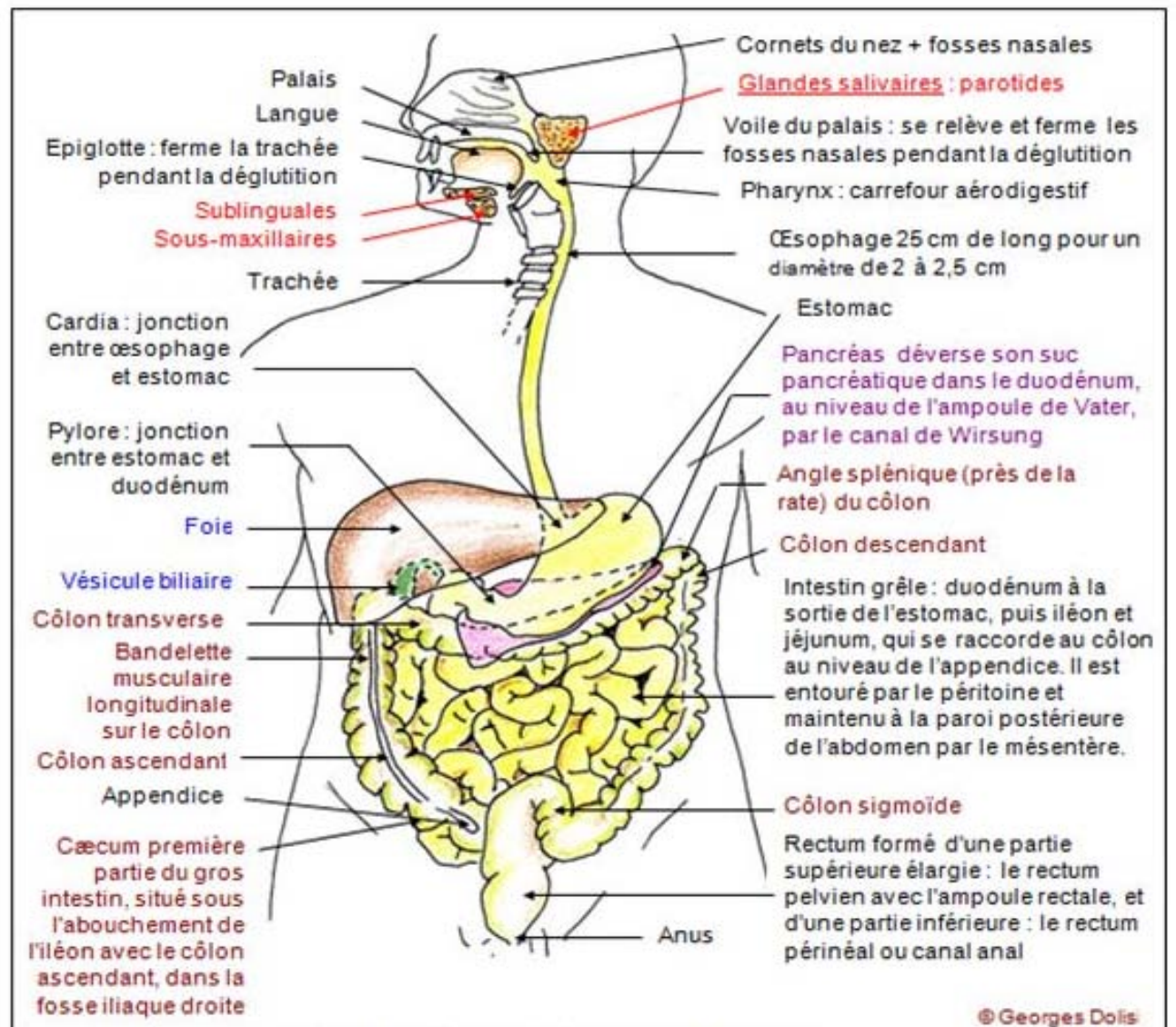


Figure 12: Appareil digestif en vue ventrale

## 2. L'endoscopie digestive haute :

L'endoscopie digestive a pour but l'abord instrumental non chirurgical du tube digestif par les orifices naturels. C'est une méthode d'exploration visuelle du tractus digestif haut (de la bouche supérieure, de l'œsophage à la partie basse de D 2). Elle permet la réalisation de gestes locaux diagnostiques (biopsies ou ponctions) et thérapeutiques.

Les vidéo-endoscopes utilisés en routine ont un diamètre inférieur à 10mm avec un canal opératoire de 2,8mm.

Il peut être aussi utile de disposer des endoscopes suivants :

- Endoscope à gros canal opératoire pour les hémorragies digestives et les dilatations avec ballons, supérieur à 18 mm de diamètre
- Endoscope à double canal opératoire pour les macro-biopsies et la mucosectomie.
- Endoscope à zoom électronique (utile pour les diagnostics différentiels).
- Endoscope à zoom optique (utile pour l'étude et le suivi des dysplasies et des EBO).
- Naso-vidéo-endoscope pour le franchissement des stenoses (164).

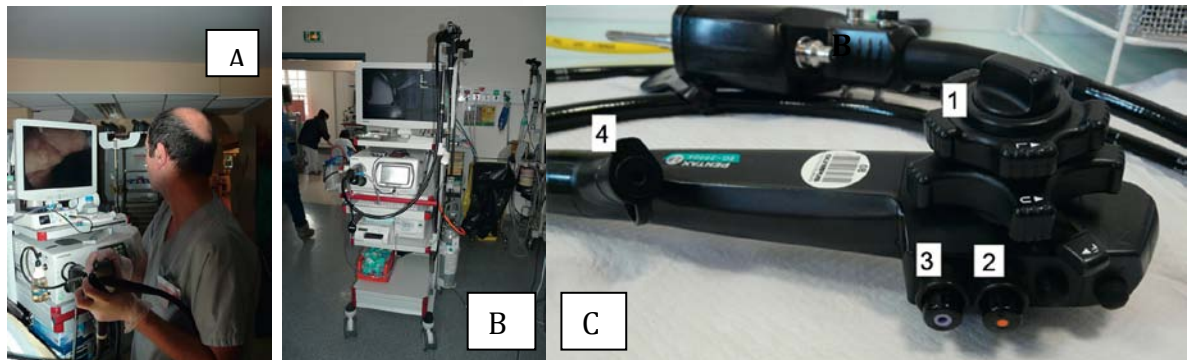
Pour manier un endoscope, la main gauche contrôle le béquillage haut/bas, les boutons d'insufflation, de lavage, d'aspiration, tandis que la main droite permet la progression, le retrait et les rotations de l'endoscope ainsi que le béquillage droit/gauche.

L'endoscopie est réalisée chez un patient à jeun depuis 6 heures, n'ayant pas fumé, installé en décubitus latéral gauche, ceinture desserrée, dentier, lunettes et lentilles de contact retirées, avec la tête en légère flexion antérieure, l'infirmière la tenant de sa main gauche et tenant le cale-dent avec sa main droite.

Les indications de cet examen sont nombreuses. Il est réalisé devant une dysphagie, des épigastralgies, en cas de dépistage des varices œsophagiennes... L'endoscopie digestive haute d'urgence est dans la grande majorité des cas réalisée pour une hémorragie digestive haute.

Les autres indications potentielles sont : l'extraction de corps étrangers, l'exploration après ingestion de caustiques.

Le temps moyen de l'examen est de 5 à 10 minutes dans des conditions de sédatations correctes. (164).



**Figure 13** : Principales structures et fonctions d'un gastroscopie

- A. Vue externe d'une gastroscopie par l'opérateur
- B. Gastroscopie connecté à sa colonne (processeur, écran).
- C. Poignée de commande de l'endoscope et ses principales fonctions: 1. Poignée de béquillage; 2. commande d'aspiration; 3. commande d'insufflation; 4. canal opérateur permettant l'introduction d'accessoires.

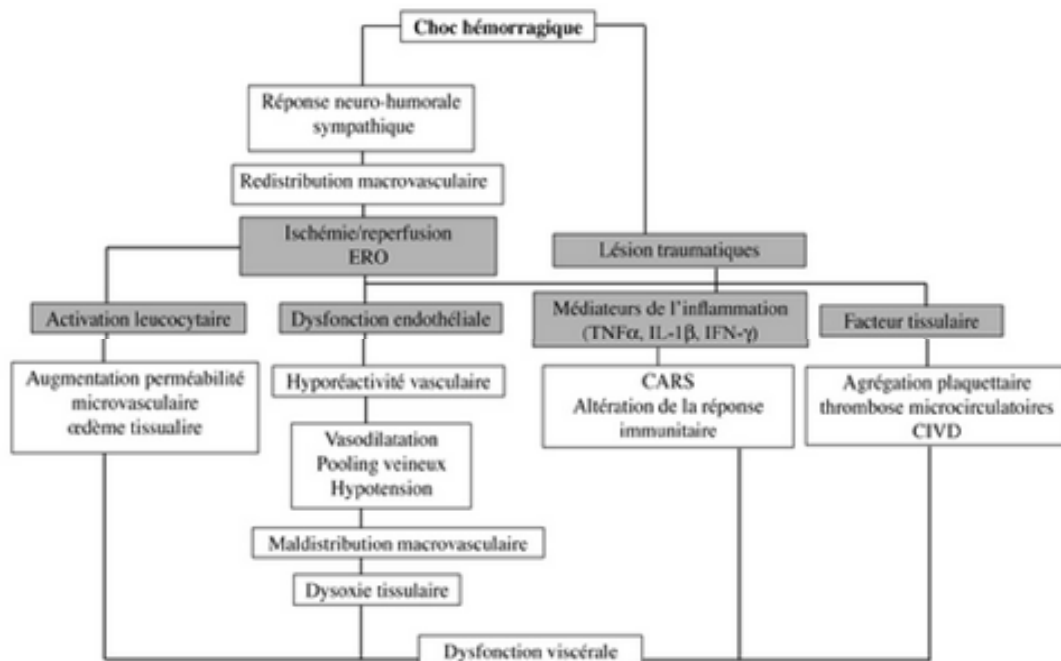


**FIGURE 14** : Endoscope avec canal opérateur

## II. Physiopathologie :

### 1. Hémorragies digestives hautes :

Une HDH est souvent la cause d'un choc hémorragique. Ce dernier se caractérise par une diminution du volume sanguin circulant induisant une baisse du retour veineux (149)



**figure 15 :** Représentation schématisée des processus physiopathologiques impliqués dans le choc hémorragique(150).

Le choc hémorragique est la principale cause de choc hypovolémique. Sa survenue est en fonction de l'importance et de la vitesse de la spoliation sanguine, ainsi que de l'efficacité des mécanismes compensateurs.

Chez un sujet normal, la baisse de la pression artérielle (PA) survient pour une spoliation sanguine d'environ 25 à 40 % de la masse sanguine (valeur normale = 70 ml/kg) (150).

Trois étapes successives peuvent être distinguées au cours du choc hémorragique :

- Une phase de choc compensé où l'hypoperfusion tissulaire est contrebalancée par des mécanismes adaptatifs circulatoires (pas de baisse de PA),
- Une phase de choc décompensé avec l'apparition d'un cercle vicieux d'aggravation progressive et d'évolution fatale en l'absence de traitement (baisse de PA),
- Le choc irréversible défini par un point de non retour quelque soit le thérapeutique institué (150)

### **1.1. Réponse neuro - hormonale :**

#### **a. La phase sympatho - excitatrice :**

Le premier mécanisme compensateur est une réaction sympathique intense marquée par une tachycardie et une augmentation des résistances artérielles systémiques. L'intensité de la vasoconstriction artérielle est variable selon le territoire : Elle est croissante avec le degré d'hypovolémie dans les territoires musculocutanés et splanchniques permettant ainsi une redistribution du débit cardiaque vers des territoires vitaux tels que le cœur et le cerveau.

A cette réponse sympathique s'ajoute une réponse hormonale : l'activité rénine plasmatique et l'angiotensine ainsi que la sécrétion d'arginine vasopressine au cours d'une hémorragie sévère(151, 152).

#### **b. La phase sympatho-inhibitrice**

Elle se traduit par une chute de la PA par réduction brutale des résistances systémiques et une bradycardie dite paradoxale dans ce contexte (permettant un meilleur remplissage ventriculaire diastolique).

Aussi, la diminution de la tachycardie, voire l'apparition d'une bradycardie lors d'une hémorragie constitue un signe imminent de collapsus circulatoire et impose un remplissage vasculaire rapide. A ce stade, la sécrétion adrénergique d'angiotensine et d'arginine vasopressine est massive (150).

### **1.2. Conséquences de l'hypoxie tissulaire**

L'hypoperfusion entraîne rapidement une hypoxie cellulaire avec diminution de la production aérobie d'ATP. Les lactates et les protons s'accumulent au niveau cellulaire, entraînant l'inhibition de certaines voies métaboliques (glycolyse, bêta-oxydation). L'hypoxie se manifeste au niveau de tous les viscères de l'organisme provoquant une libération dans le sang de substances vasoactives ou cardioactives aggravant davantage la défaillance circulatoire. La transition d'un état de choc compensé à celui de choc décompensé serait marquée au niveau microcirculatoire par la perte du tonus vasoconstricteur des artérioles précapillaires. (153, 154)

Tous ces facteurs aboutissent à une réduction irréversible du flux microcirculatoire (obstruction capillaire), d'où l'apparition d'un syndrome de défaillance multi-organique : insuffisance rénale et hépatocellulaire, œdème pulmonaire, gastrites hémorragiques, ... De manière précoce, la circulation splanchnique se trouve sacrifiée, d'où l'apparition d'une ischémie intestinale et d'une augmentation de la perméabilité intestinale. Ceci pourrait favoriser la translocation bactérienne. Il existe enfin une immunosuppression et une altération des fonctions de détoxification du foie au cours du choc hémorragique (155, 156).

L'intérêt de la prise en charge précoce est d'évaluer l'état hémodynamique pour maintenir le débit cardiaque et la pression artérielle systémique en corrigeant l'hypovolémie. Il faut également assurer l'hémostase afin de maintenir le transport de l'oxygène, dont les principaux déterminants sont le débit cardiaque, l'hémoglobininémie, et la SaO<sub>2</sub>.

## 2. Produits caustiques :

L'ingestion des caustiques provoque des lésions locales et des manifestations générales.

L'action des bases sur les muqueuses se déroule en trois phases (168, 169) :

- L'action débute par la **phase de nécrose de liquéfaction** qui dure de 2 à 4 jours. Elle est caractérisée par une pénétration rapide du caustique vers les couches profondes de l'œsophage par un effet tampon des divers tissus traversés. Le risque hémorragique est alors important en cas d'atteinte de la musculature, des travaux récents ont montré in vitro que l'ingestion d'alcalin entraînait une diminution de la contractilité musculaire. La perte de la motilité œsophagienne peut aggraver les lésions en augmentant le temps de contact.
- La seconde phase ou **phase de régénération** débute entre le troisième et le cinquième jour après l'ingestion et dure jusqu'à la deuxième semaine. Elle est caractérisée par l'apparition d'un granulome inflammatoire associé à un dépôt de fibres collagène ainsi qu'à une colonisation bactérienne.

- La troisième phase est la **phase de cicatrisation**. Elle débute après la deuxième semaine par un dépôt de fibres de collagène plus courtes que les fibres initiales, et conduit le plus souvent à une sténose de l'œsophage.

Dans l'estomac, l'action alcaline des bases est tamponnée par le pH acide de cet organe, ce qui réduit leur action sur la muqueuse.

Les acides agissent au niveau de la muqueuse en provoquant une **nécrose de coagulation des protéines**.

La coagulation limite par conséquent la pénétration du caustique dans les couches plus profondes.

#### **2.1. Lésions locales :**

Les lésions locales se situent à hauteur de la bouche, de la langue et des lèvres.

L'ingestion de caustiques sous forme de paillettes, du fait de leur adhésion, entraîne des atteintes sévères de la bouche et du pharynx. Lors de projection, une atteinte des yeux peut exister.

#### **2.2. Manifestations générales :**

La détresse circulatoire est liée à l'étendue des brûlures provoquant une hypovolémie. La détresse respiratoire est consécutive à l'atteinte de la filière aérienne, résultant de l'œdème et de l'hyper-sialorrhée provoqué par les lésions oropharyngées. Certains caustiques volatils comme l'ammoniac sont responsables d'œdème pulmonaire de type lésionnel. L'état d'agitation est provoqué par l'hypoxie et la douleur. Les troubles de l'équilibre acido-basique et des lactates sont consécutifs à l'atteinte tissulaire. Les troubles de l'hémostase sont dus à la consommation des facteurs de la coagulation.

Les caustiques réalisent sur les muqueuses digestives toutes les lésions élémentaires macroscopiques et microscopiques de la réaction inflammatoire banale, en suivant le cycle évolutif général de ce processus. Ces lésions sont d'intensité, de gravité et de topographie variables (165, 104, 122)

### 3. Corps étrangers :

Les corps étrangers du tractus digestif sont découverts dans l'œsophage dans 80% des cas, plus rarement dans l'estomac (15%), le pylore, le grêle proximal, la valvule iléocaecale et l'anus (167, 158, 16, 82, 125, 126, 127).

Trois rétrécissements physiologiques expliquent leur localisation œsophagienne préférentielle. Près de 50% des CE (pièces de monnaie surtout) sont bloqués sous la bouche œsophagienne au niveau du muscle crico-pharyngien, 25% siègent au tiers moyen au niveau de l'empreinte aortique et 25% au niveau du cardia (123). Les CE de plus de 2 cm d'épaisseur et de plus de 5 cm de longueur ont tendance à rester dans l'estomac (159). Les CE longs de plus de 10 cm sont souvent bloqués au niveau du genu supérieur et peuvent perforer le duodénum.

D'autres éléments favorisent le blocage des CE avec un risque de lésions œsophagiennes. En effet, le trajet de l'œsophage n'est pas rectiligne dans le plan sagittal, sa structure offre deux particularités : l'absence de séreuse (excepté devant l'œsophage abdominal) et l'hétérogénéité dans la constitution de la couche musculaire créant ainsi des points de faiblesse. Mais, il est surtout important de se souvenir que l'œsophage est entouré d'espaces cellulaires qui font communiquer la région cervicale avec le médiastin assurant ainsi la diffusion de l'infection, notamment en cas de perforation (86). En plus, des troubles de la motricité (achalasie, troubles non spécifiques des sujets âgés) ou une sténose (congénitale, anastomotique, peptique, radique, caustique ou néoplasique) sont souvent rencontrés, aussi bien chez l'adulte (60%-70%) que chez l'enfant (15%) (167). Ils doivent être recherchés systématiquement et traités immédiatement ou à distance de l'épisode aigu.

Les CE peuvent entraîner des complications locales ou à distance . Le risque œsophagien dépend du type du CE. Les pièces ou médaillons même de diamètre important supérieur à 25 mm, sont en règle moins agressifs, sauf en cas de diagnostic tardif. Une inflammation locale ou des ulcérations œsophagiennes peuvent être observées . Par ailleurs les perforations sont exceptionnelles (13, 87, 160, 161). Des symptômes trachéobronchiques par œdème local ou mécanisme réflexe peuvent être observés en cas de localisation sous la bouche œsophagienne d'un CE méconnu auparavant. Les CE acérés sont plus agressifs et des perforations initiales ou secondaires à une extraction difficile ou encore à des contractions répétées et des tentatives de déglutition ont été rapportées (86). Les perforations sont le plus souvent proximales, elles surviennent dans moins de 1% des cas quand il s'agit de CE intra œsophagien et dans 15% à 30% des cas quand le CE a franchit l'estomac et arrive au niveau du grêle, leur fréquence augmente avec la durée d'impaction de l'objet. Les CE alimentaires sont parfois responsables d'inhalation lorsqu'ils sont obstructifs. Les arrêtes, les dentiers ou les esquilles osseuses comportent outre le risque perforatif, un risque infectieux supplémentaire et peuvent être à l'origine d'une médiastinite, une cellulite, un abcès para-œsophagien ou encore un abcès hépatique ou appendiculaire (162). Des fistules œso-vasculaires ont été rapportées avec l'aorte surtout (64, 65), les carotides, l'artère sous clavière ou la veine azygos (87).

L'ingestion des piles est assez fréquente chez l'adulte et est volontaire dans la majorité des cas. Elles provoquent des brûlures caustiques . La composition de la cathode définit la nature de la pile : dioxyde de manganèse, oxyde d'argent ou oxyde de mercure . Cette dernière est la plus corrosive (163). Leur emballage n'est pas rigoureusement étanche et une partie de la solution caustique peut se trouver libérée quand la pile stagne dans le tube digestif . Les lésions sont proportionnelles à la concentration de l'hydroxyde de potassium et de l'hydroxyde de sodium, variant de 26 à 45% selon les piles (9). Elles apparaissent dans la première heure suivant l'ingestion pour aboutir à une nécrose complète des parois digestives en 4 heures.

### III. Caractéristiques individuelles des patients:

#### 1. Répartition selon l'âge:

Dans notre étude l'âge moyen de la population étudiée était de 36.5ans, avec des extrêmes allant de 17 à 82 ans. La tranche d'âge majoritaire se situe entre 40 et 50ans pour les femmes et entre 50 et 60 pour les hommes.

Semblablement a une étude faite au CHU de Casablanca en 2018 par M.S Tahir (1) montrant que l'âge moyen des patients était de 37 ans avec des extrêmes allant de 15 à 86 ans.

Par ailleurs, dans d'autres séries marocaines notamment celle de Kadiri et al. (étude en 2019) (2)et d' El Khalifa A. rapportent une moyenne d' âge de 55 ans et 51,8ans.

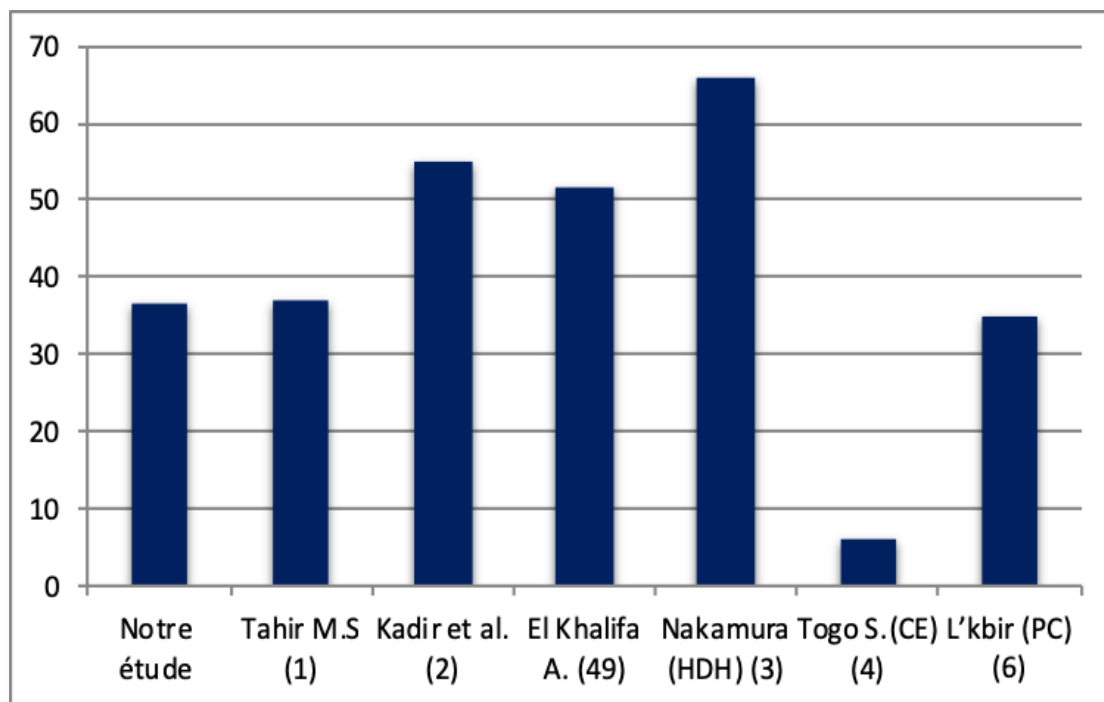
Dans la série de Nakamura S. (3) l'âge moyen de surevneue de l'HDH est de 66ans.

Dans la série de Togo S.(4) l'âge moyen d'ingestion de corps étranger était de 6 ans (extrêmes 14 mois– 62 ans).

Selon les séries marocaines d'Elhammoumi (5) et L'Kbir (6), l'âge moyen des patients victimes d'ingestion de produits caustiques est respectivement de 34,9 et 35ans. Bien que cet incident touche toutes les tranches d'âge, il survient plus fréquemment chez les adultes jeunes, qui ont des problèmes socioéconomiques et surtout familiaux.

**Tableau 13 : Répartition selon l'âge des patients présentant une HDH, ingestion de CE ou de PC**

Les études	Age moyen
Notre étude	36,5
Tahir M.S (1)	37
Kadir et al. (2)	55
El Khalifa A. (49)	51,8
Nakamura (HDH) (3)	66
Togo S.(CE) (4)	6
L'kbir (PC) (6)	35



**Figure 16:** Répartition des patients selon l'âge

## 2. Répartition selon le sexe :

Dans notre série, la population atteinte était principalement masculine avec une fréquence de 54% , presque les mêmes résultats retrouvés dans l'étude marocaine de Tahir M.S (1) faite au CHU de Casablanca dont 53,96 % étaient des hommes.

Ces résultats concordent parfaitement avec la série de Kadiri M. (2) (étude faite à Rabat en 2019) avec une prédominance masculine de 57%.

**Tableau 14:** Répartition des patients selon le sexe

Étude	Prédominance masculine
Tahir M.S (1)	53,96%
Kadir M. (2)	57%
Notre étude	54%

## IV. Caractéristiques cliniques des patients

### 1. Antécédents et comorbidités :

#### 1.1. Hémorragies digestives hautes :

##### a. Antécédents ulcéreux

Soit l'ulcère est connu du patient, soit il décrit des crises douloureuses récentes typiques (post prandiales calmées par les repas) ou moins typiques (pouvant revêtir un aspect angineux ou dyspeptique par exemple). (7)

Dans notre étude 26% des malades ont présenté des antécédents d'ulcère soit 52 patients, les mêmes résultats retrouvés dans l'étude de Mouni F.Z(48)

##### b. Antécédents d'hépatopathie chronique

La cirrhose peut être connue, et dans ce cas on se fera participer son étiologie (le plus souvent post hépatite, alcoolique ...) et ses éventuelles complications (précédents épisodes d'HDH, varices œsophagiennes, ascite...)

Dans notre étude 32% des malades sont porteurs d'une hépatopathie chronique soit 64 malades, ceci concorde avec l'étude de Mouni F.Z (48)

##### c. Antécédents chirurgicaux

Il faudra en particulier s'enquérir de la présence d'une prothèse mécanique pour laquelle le malade est sous AVK.

##### d. Notion de vomissements itératifs

Orientent vers un syndrome de Mallory -Weiss, celui-ci était fréquemment associé à une intoxication alcoolique aiguë (8).

##### e. La prise médicamenteuse

En particulier les salicylés, AINS, bétabloquants, anticoagulants et les corticoïdes.

Seuls les salicylés et les AINS peuvent être en cause de l'épisode hémorragique.

Les anticoagulants peuvent faciliter la survenue d'une hémorragie sur une lésion pré existante

Les corticoïdes favorisent la formation d'ulcères , mais leur incidence sur les hémorragies digestives n'est pas clairement démontrée (142).

Le nombre de prescriptions d'AINS en France est estimé à 30 millions; celui de l'aspirine à 1,2 million (143).

Aux USA, 25 millions de malades prennent des AINS de façon discontinuée.

Au Maroc, l'épidémiologie des lésions gastroduodénales dues aux AINS reste mal connue faute de données statistiques précises (144).

Dans notre série la prise médicamenteuse a été retrouvée chez 5% des malades.

Dans notre étude , deux principaux médicaments sont à préciser : L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens Ce qui rejoint les résultats des séries publiées par C .DUHAMEL et S .NADIR et qui ont permis de constater qu'une prise d'anti-inflammatoire ou d'aspirine provoque fréquemment une hémorragie digestive haute par ulcère ou érosion gastroduodénale (144,145).

### **1.2. Comorbidités :**

En particulier les pathologies chroniques coronariennes , respiratoires ou rénales , qui aggravent considérablement le pronostic de l'hémorragie digestive haute.

Dans notre série : 20% des malades sont porteurs de pathologies chroniques associées (HTA, cardiopathie, insuffisance hépatique , insuffisance cardiaque , insuffisance rénale , pathologie maligne).

### **1.3. Produits caustiques :**

Chez l'adulte, l'ingestion de caustique est le plus souvent le fait de patients suicidaires ou atteints d'affections psychiatriques graves (schizophrénie, accès mélancolique, syndrome dépressif...), en rupture du traitement ou de suivi médical, d'où l'importance d'une prise en charge psychiatrique pour prévenir toute nouvelle tentative d'autolyse (14).

#### **1.4. Corps étrangers :**

L'ingestion de corps étrangers à l'âge adulte survient fréquemment sur un terrain particulier. En effet, les prisonniers, les patients ayant des troubles psychologiques ou les alcooliques sont à risque élevé d'ingestion de CE (11). Dans notre série, les patients suivis pour des psychoses chroniques représentent 13% des malades, ce pourcentage est de 90% dans la série de Sahota (10) et n'est que de 10% dans celle de Selivanov (12). Les prisonniers quant à eux, représentent dans notre série 30% des patients, alors que dans la série de Selivanov ils représentent 20% (12).

Le port de voile se révèle un facteur pourvoyeur d'ingestion de CE. En effet, 64% des ingestions accidentelles sont rencontrées chez des patientes porteuses de voile qui représentent 82% de la population féminine.

Certaines anomalies peuvent favoriser le blocage alimentaire lors de la déglutition. Il peut s'agir d'une sténose peptique ou néoplasique incomplètes de l'œsophage ou encore d'un trouble moteur de l'œsophage (9). Dans la série de Shen, 8% des malades victimes d'ingestion de CE avaient des anomalies du tractus gastro-intestinal : cancer de l'œsophage (33%), sténose œsophagienne (23.9%), diverticule (15.9%), post-gastrectomie (11.4%), hernie hiatale (10.2%) et achalasie (5.7%) (13).

## **2. Motif de consultation :**

### **2.1. Hémorragies digestives hautes :**

L'hémorragie digestive haute se définit comme étant un saignement du tractus digestif supérieur en amont de l'angle de Treitz (38).

Le diagnostic des hémorragies digestives hautes est aisé lorsqu'elles sont extériorisées.

Plus de 80 % des hémorragies digestives hautes aiguës s'extériorisent sous forme d'hématémèse et/ou de méléna (39, 40).

L'hémorragie peut également se présenter par un état de choc ou un malaise inexplicé.

**Hématémèse** : C'est un rejet par la bouche au cours d'efforts de vomissements de sang rouge si le saignement est récent, ou noirâtre s'il est plus ancien. L'hématémèse doit être différenciée d'une épistaxis déglutie, d'une hémorragie bucco pharyngée ou d'une hémoptysie.

L'émission de sang noirâtre doit être distinguée d'un vomissement de stase gastrique ou d'un vomissement vineux (41).

**Méléna** : C'est l'émission de selles noires comme du goudron, gluantes et nauséabondes correspondant à du sang digéré. On doit les différencier des selles noircies par des facteurs exogènes, alimentaires ou médicamenteux : boudin, réglisse, fer ou charbon (41).

**Rectorragie** : plus rarement, consiste en l'émission par l'anus de sang rouge vif, soit pur, soit mêlé de caillots ou de sang enrobant les selles ou d'une diarrhée sanglante; qui s'accompagne d'un état de choc hypo volémique témoignant d'une hémorragie digestive haute très active (41, 42).

Parfois, c'est une anémie aigue qui peut révéler une hémorragie digestive : il s'agit de sensation vertigineuse, d'hypotension orthostatique avec parfois perte de connaissance (43,41).

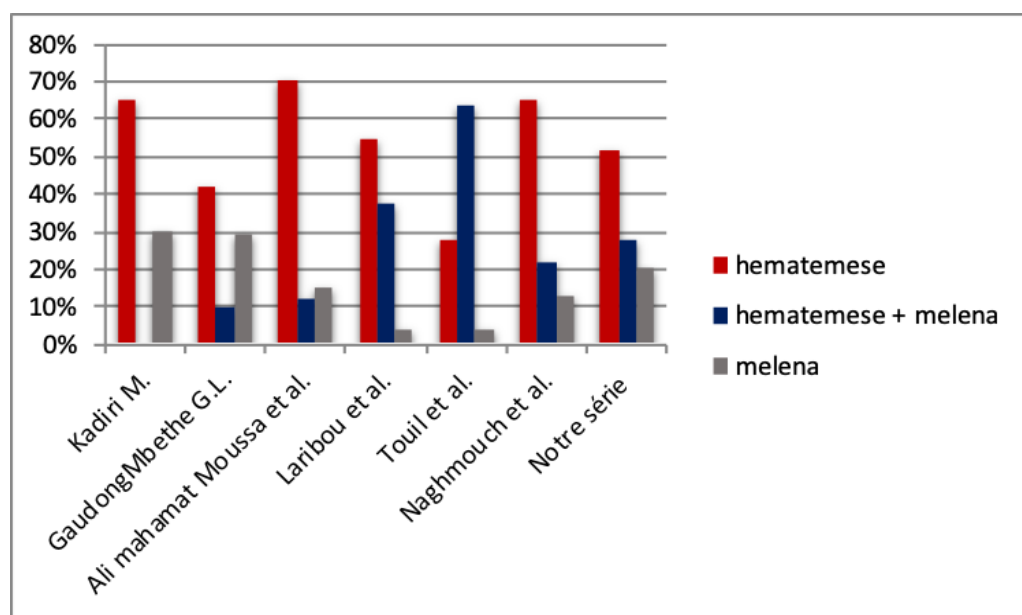
Il faut donc penser à faire un toucher rectal et un lavage gastrique à visée diagnostic devant toute anémie aigue (44).

Toutefois, le diagnostic d'HDH peut être porté à tort, ou son importance exagérée devant (45) :

- ⇒ Des vomissements rouges liés à la prise de vin, des colorants
- ⇒ Des selles d'un « gris-noir » chez un patient prenant le fer
- ⇒ Les dires du patient ou de sa famille dont l'inquiétude entraîne toujours une exagération de l'hémorragie (45).

**Tableau 15 : mode d'extériorisation de l'HD selon la littérature**

Auteur	Hématémèse%	Hématémèse + Méléna%	Méléna%
Kadiri M.(2)	65	-	30
Gaudong Mbethe G.L. (47)	42	10	29
Ali Mahamat Moussa (46)	70,43	12,17	14,78
Laribou et al (14)	55	37,5	3,5
Touil et al(16)	27,6	63,8	3,6
Naghmouch et al(15)	65,3	22	12,7
Notre série	52	28	20



**Figure 17: Mode d'extériorisation des HDH selon la littérature**

Afin de faciliter la prise de décision et de mieux stratifier le risque de complications, de récurrences ou de décès, plusieurs scores cliniques ont été proposés. Ces scores sont peu connus et rarement appliqués, mais pourraient soutenir et orienter la stratégie diagnostique et thérapeutique. Ils ont été développés selon une méthodologie similaire qui consiste à déterminer de façon rétrospective des facteurs de risque indépendamment significatifs de mauvaise évolution, puis d'en dériver secondairement un score pronostique, qui est enfin validé prospectivement de façon interne sur un collectif de patients.

Le score de Rockall (RS) a été publié en 1996 par une équipe londonienne. Il est basé sur un audit national recensant plus de 4000 patients victimes d'une HDH entre 1993-1994, et sur

l'identification de facteurs de risque cliniques et endoscopiques, associés aux risques de resaignement et de mortalité. Le score pronostique (Annexe N°4) permet d'individualiser les patients à faible risque de resaignement et de mortalité. (157)

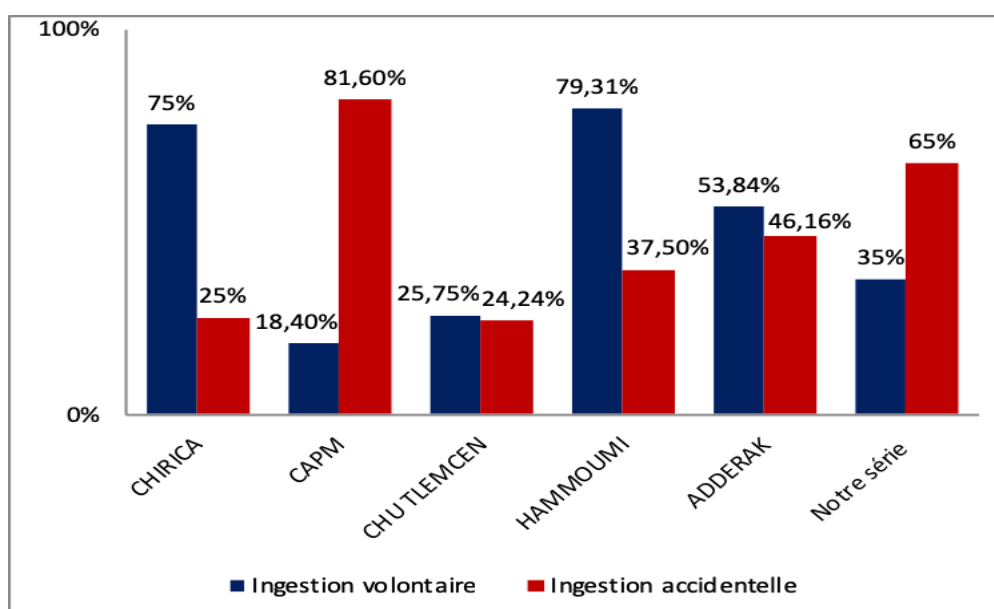
## 2.2. Produits caustiques :

Dans notre série, l'ingestion du caustique était accidentelle ce qui discordait avec la majorité des études (35, 36). Le tableau ci-dessous représente les circonstances d'ingestion dans les différentes séries.

Ce constat peut être expliqué par le manque de sensibilisation et d'étiquetage des produits.

**TABLEAU 16: fréquence des ingestions caustiques en fonction des circonstances d'ingestion**

Auteurs	Ingestion volontaire	Ingestion accidentelle
CHIRICA (35)	75%	25%
CAPM 2015 (37)	18.4%	81.6%
CHU TLEMCEN 2013 (33)	25.75%	24.24%
HAMMOUMI 2016 (5)	79.31%	37,50%
ADDERAK 2014 (34)	53.84%	46.16%
Notre série	35%	65%



**Figure 18 : Répartition des patients selon les circonstances d'ingestion**

### **2.3. Corps étrangers :**

La notion d'ingestion de CE est le plus souvent connue et rapportée par le malade ou sa famille. Mais dans certains cas , l'ingestion passe inaperçue , se révélant par des complications allant de la simple impaction au tableau foudroyant de perforation digestive (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28). Ainsi, tout patient chez qui on peut suspecter une ingestion de CE, devrait éveiller les soupçons et subir les examens diagnostiques qui s'imposent.

L'ingestion est le plus souvent accidentelle. Elle est surtout l'apanage des enfants en phase orale et les sujets âgés édentés (29). Dans notre série , les femmes porteuses de voile représentent 64% des ingestions accidentelles . Les épingles servent à fixer le voile et quand la femme est entrain de l'ajuster, elle tient l'épingle souvent entre ses dents, en parlant ou en inspirant, une ingestion accidentelle peut alors se produire.

L'ingestion volontaire de CE se voit habituellement en milieu carcéral, chez les malades psychiatriques (9) ou encore dans le cadre d'une tentative de suicide (30, 31). Il s'agit généralement de CE multiples ingérés en même temps ou lors d'épisodes rapprochés . Dans notre série un malade prisonnier avait 13 épisodes récidivants d'ingestion de CE sur une période de 16 ans. L'ingestion de CE peut être iatrogène ; Rousseau rapporte le cas d'un CE intra gastrique secondaire à la mise en place d'une sonde nasogastrique chez un malade âgé de 67 ans (32).

### **3. L'histoire de l'hémorragie :**

Il existe souvent un saignement distillant dans les jours précédant l'épisode hémorragique(142).

Il faut rechercher alors la notion de malaise récent , d'épisodes syncopaux , d'état confusionnel, de douleur thoracique, pouvant traduire une spoliation sanguine mal tolérée.

## V. Prise en charge à la phase aigue :

### 1. Mise en condition initiale:

#### 1.1. Hémorragies digestives hautes :

La première urgence thérapeutique est d'assurer ou de restaurer un état hémodynamique satisfaisant. La perte sanguine est responsable d'une diminution de la perfusion tissulaire en oxygène et doit être rapidement corrigée.

Il faut poser une voie d'abord périphérique de gros calibre , double si l'hémorragie est importante ou active , voire une voie centrale en cas d'impossibilité d'obtenir une voie périphérique

#### a. Le remplissage vasculaire :

Le remplissage dépend de l'abondance de l'hémorragie . Il est assuré par les cristalloïdes dans la majorité des cas . L'utilisation de colloïdes n'est justifiée qu'en cas de saignement abondant supérieur à 20% de la masse sanguine ou lorsqu'il existe un choc hémorragique initial. L'objectif est d'obtenir une pression artérielle moyenne de 80 mmHg (51, 38).

Dans notre série le Sérum salé 9‰ (40ml/kg) a été utilisé dans 86% des cas et le Plasmion (20ml/kg) dans 14% des cas.

En cas de cirrhose , le remplissage vasculaire doit se faire à minima, puisque la correction de l'hypovolémie s'accompagne d'une augmentation de l'HTP favorisant ainsi la récurrence hémorragique L'objectif serait donc –en cas d'htp– une pression artérielle systolique autour de 100 mmHg (53).

#### b. Les bilans biologiques d'urgence :

Les résultats des examens suivants doivent être obtenus en urgence : une numération formule sanguine complète , un groupage rhésus (avec agglutinines irrégulières ) et un bilan d'hémostase(TP, TCK) (52).

D'autres examens doivent parvenir le plus rapidement possible :

- Le milieu intérieur (avec créatinémie, natrémie, albuminémie notamment chez le cirrhotique et rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie).
- Le bilan hépatique (transaminases, bilirubine, Gamma GT et phosphatase alcaline) à la recherche d'une perturbation de la fonction hépatique, surtout chez le cirrhotique (54).

La surveillance de la diurèse se fait par la mise en place d'une sonde urinaire (en cas d'état de choc).

L'ensemble de ces bilans permet d'établir la classification IGS classique des malades hospitalisés en service de réanimation (Annexe N°2) et la classification de Child-Pugh spécifique des malades cirrhotiques (Annexe N°3)

#### **c. La transfusion sanguine :**

L'indication de la transfusion est portée lorsque l'hémoglobémie est inférieure à 7 g/100 ml chez le sujet sans facteur de comorbidité ; et à 10 g/100 ml lorsqu'il est âgé ayant une pathologie associée en particulier coronarienne(55).

Dans notre série une transfusion de culots globulaires a été nécessaire dans 94%. Avec un nombre de CG allant de 2 à plus de 4CG.

Les produits utilisés sont :

##### *c.1. Les produits sanguins labiles (PSL)*

Notamment les concentrés de globules rouges (CGR) déleucocytés. Plusieurs formules existent pour calculer la quantité de sang nécessaire, mais il est admis qu'approximativement chez l'adulte, 1 CGR permet d'augmenter l'Hb d'1g/dl.

Le plasma frais congelé (PFC) utilisé en cas de trouble de l'hémostase et systématiquement si l'hémorragie est abondante.

Les concentrés plaquettaires sont utilisés seulement en cas de transfusion massive ou s'il existe une thrombopénie inférieure à 50.000/mm<sup>3</sup>. On administrera alors une unité plaquettaire / 10 Kg (56,57).

### *c.2. Les dérivés du Sang*

Surtout l'Albumine humaine : indiquée en cas de décompensation hépatique aiguë ou un taux d'albumine inférieur à 20g/l.

Les problèmes liés à la transfusion : sont rares, mais très graves. Les plus importants sont : (58,59)

#### o Les réactions immuno-hématologiques :

Ces accidents sont provoqués soit par un non-respect de la compatibilité dans le groupage ABO, soit par la méconnaissance d'une allo-immunisation, mal ou non recherchée. Le risque majeur est un choc avec collapsus, apparaissant dans les minutes ou les heures qui suivent la transfusion, souvent compliqué de CIVD, d'insuffisance rénale ou respiratoire aiguë avec une possibilité de survenue d'ictère hémolytique. La transfusion doit donc se réaliser dans des conditions strictes : Groupage ABO Rhésus, deux déterminations en l'absence de groupage disponible et recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), s'assurer de l'identité et vérification dernière au lit du malade (traçabilité).

#### o Accidents infectieux :

Les transfusions comportent un grand risque de transmission de maladies virales notamment les hépatites B ou C et le VIH. Ce risque est extrêmement faible voire absent pour les produits sanguins labiles (en raison de la viru-inactivation). Les infections bactériennes par contamination bactérienne du produit sanguin transfusé font aussi partie des accidents transfusionnels fréquents. Elles sont graves pouvant entraîner un choc septique ou endotoxinique immédiat mortel.

L'ensemble de ces complications imposent donc des conditions strictes de pré-lèvements : sujet sain (sérologie hépatite, VIH négatives), n'ayant jamais eu de transfusion sanguine, greffe de tissu ou d'organe...etc.

▪ Oxygénothérapie

Elle n'est systématique que chez le sujet âgé, en cas d'hémorragie abondante ou de pathologie associée en particulier coronarienne ou pulmonaire (51). Elle doit également être débattue avant une endoscopie digestive haute (38). L'oxygénothérapie par sonde nasale permet de maintenir la saturation en oxygène au-dessus de 95%. Elle sera donnée à un débit de 3 à 6 l/min. L'intubation est indiquée en cas de choc hémorragique ou lors d'une encéphalopathie hépatique afin d'éviter l'inhalation (51).

○ Dans notre série 90% des patients ont été oxygénés.

Intubation avec ventilation artificielle : pour 20 malades (soit 20%).

○ Oxygénothérapie nasale : pour 140 malades (soit 70%).

▪ La mise en place d'une sonde naso-gastrique :

Ce geste sert à effectuer des lavages gastriques répétés permettant ainsi d'évaluer l'activité hémorragique et faciliter le geste endoscopique. De plus il permet d'objectiver un saignement d'origine haute lorsque le patient présente un mélané et de faire le diagnostic de récidive hémorragique (60, 61).

Néanmoins la pose de sonde naso-gastrique est un geste désagréable et une source de consommation de temps infirmier. Les publications européennes et américaines récentes parlent d'une alternative, c'est l'administration d'érythromycine IV à la dose de 250 mg une demi-heure avant l'endoscopie pour entraîner une vidange gastrique (62, 63).

Dans notre série l'endoscopie a été précédée par la mise en place d'une sonde naso-gastrique pour lavage gastrique dans 52% des cas.

### **1.2. Produits caustiques :**

Dès la prise en charge pré-hospitalière, sont à proscrire le décubitus dorsal, les lavages gastriques, la mise en place d'une sonde gastrique, les vomissements induits qui exposent à une aggravation des lésions par « second passage » du produit sur la muqueuse et entraînent un risque d'inhalation. L'absorption de boissons, d'agents neutralisants comme le lait (risque d'inhalation, réaction exothermique) ou le charbon activé qui risquerait de perturber le cours de l'examen endoscopique sont également déconseillés. Aucun antidote n'est efficace. Il est utile de conserver le flacon pour analyse toxicologique. Il conviendra d'ôter les vêtements souillés et de laver la peau atteinte, de mettre en place un abord vasculaire, de maintenir l'oxygénation du patient soit par oxygénothérapie au masque, soit par intubation oro-trachéale en cas de détresse respiratoire associée, théoriquement possible à ce stade même si elle survient le plus souvent secondairement (50). Il s'agit d'intubations souvent difficiles (estomac plein, brûlures oropharyngées) et qui exposent au risque d'essaimage des produits caustiques dans les voies aériennes. De ce fait, si l'état du patient le permet, il est utile de laver la cavité buccale avec du sérum physiologique et d'aspirer minutieusement avant l'intubation en séquence rapide. Une trachéotomie peut s'avérer nécessaire en cas d'intubation impossible. Il faut également assurer l'analgésie du patient, avec des produits non sédatifs chez un patient en ventilation spontanée et le diriger en position proclive à 45° vers une structure multidisciplinaire (réanimation, chirurgie digestive, endoscopie digestive et bronchique) (69).

### **1.3. Corps étrangers :**

#### **a. Délai de prise en charge :**

Tous les CE de l'œsophage doivent être retirés rapidement. En effet, la présence d'un CE œsophagien depuis plus de 24 heures représente le facteur de risque majeur de complications qui peuvent être fatales (64, 65, 66). En cas de non-extraction immédiate, une surveillance de 24 heures est souhaitable car seuls 22% à 37% des objets passent spontanément dans l'estomac en moins de 24 heures (67).

Quant aux CE gastriques , ils sont moins urgents à retirer (68). Certains peuvent être laissés en place tels les pièces de monnaie , les CE non acérés et les CE dont la longueur est inférieure à 5 cm et l'épaisseur ou le diamètre est inférieur à 2 cm. Les CE symptomatiques ainsi que les piles ouvertes doivent être retirés immédiatement et souvent chirurgicalement , en raison du risque perforatif et de leur toxicité locale et générale . La prise en charge des sacs de cocaïne est particulière : Les patients à haut risque (patients symptomatiques, sacs rompus, occlusion intestinale) sont pris en charge chirurgicalement sans délai , les autres sont surveillés médicalement(9).

## **2. Prise en charge endoscopique :**

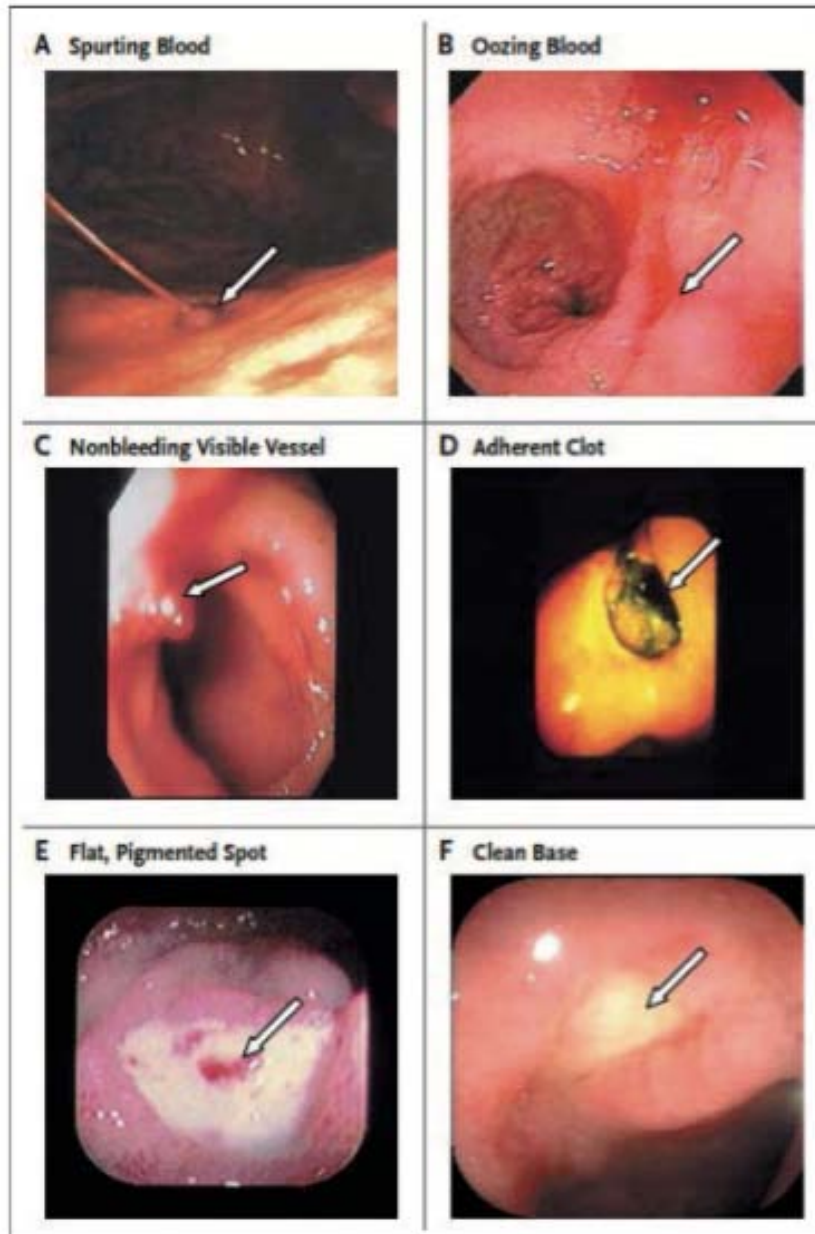
### **2.1. Hémorragies digestives hautes :**

#### **a. Intérêts de l'endoscopie:**

L'endoscopie digestive haute est une étape incontournable dans la prise en charge des hémorragies digestives hautes. Elle présente en effet de multiples intérêts :

##### *a.1. intérêt diagnostique*

Considérée depuis près de 40 ans comme la méthode de référence pour porter le diagnostic de l'origine d'un saignement digestif haut , elle permet de retrouver une lésion dans 90 à 95 % des cas , à condition que l'examen soit réalisé dans les 24h après le début de l'hémorragie (70). Elle permet également de préciser le caractère actif ou non de l'hémorragie . Dans notre étude , l'endoscopie a permis de porter un diagnostic étiologique chez 86 % des patients qui en ont bénéficié ; dans 36% des cas , il s'agissait d'un ulcère gastro-duodénal hémorragique et 25% d'une rupture de varices œsophagiennes. Conformément aux données de la littérature , dans notre population d'étude , deux étiologies dominent: la rupture de varices œsophagiennes et la maladie ulcéreuse qui représentent plus de la moitié des causes d'hémorragies digestives hautes.



**Figure 19 :** Classification de Forrest Gralnek IM et al. N. Engl. J. Med. 359 928–937 2008.png

*a.2. intérêt pronostique*

Réalisée en urgence l'endoscopie permet d'établir un score pronostic de gravité les scores de Rockall et de Glasgow-Blatchford (71,72) peuvent aider à identifier les patients à haut risque de morbi-mortalité et à les orienter vers une unité de soins intensifs ou de réanimation (73).

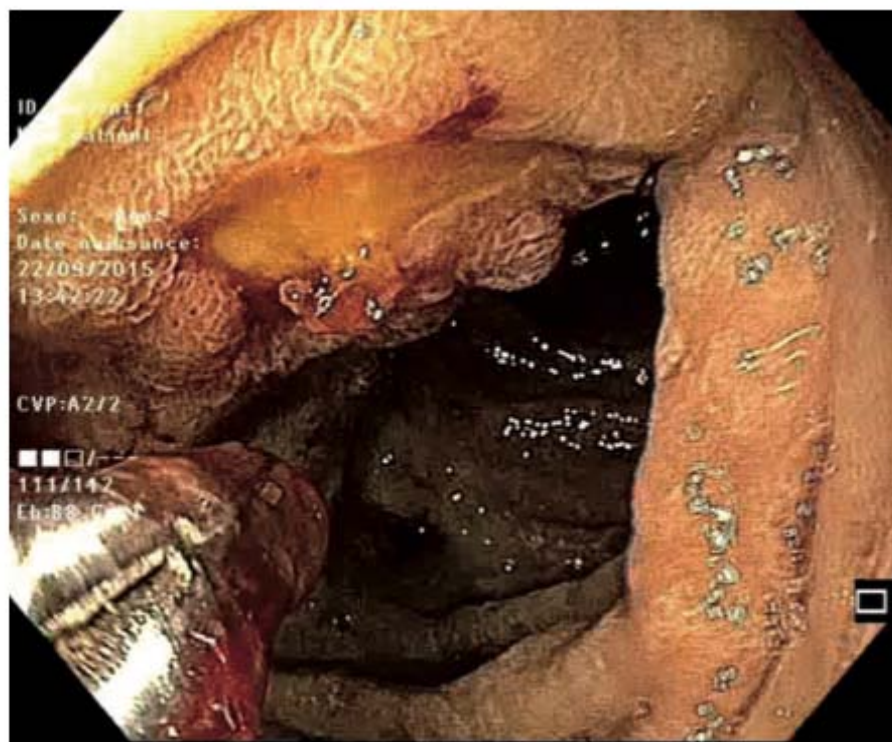
Dans les hémorragies d'origine ulcéreuse, l'endoscopie permet de prédire le risque de récurrence hémorragique en utilisant la classification de Forrest (75).

*a.3. intérêt thérapeutique*

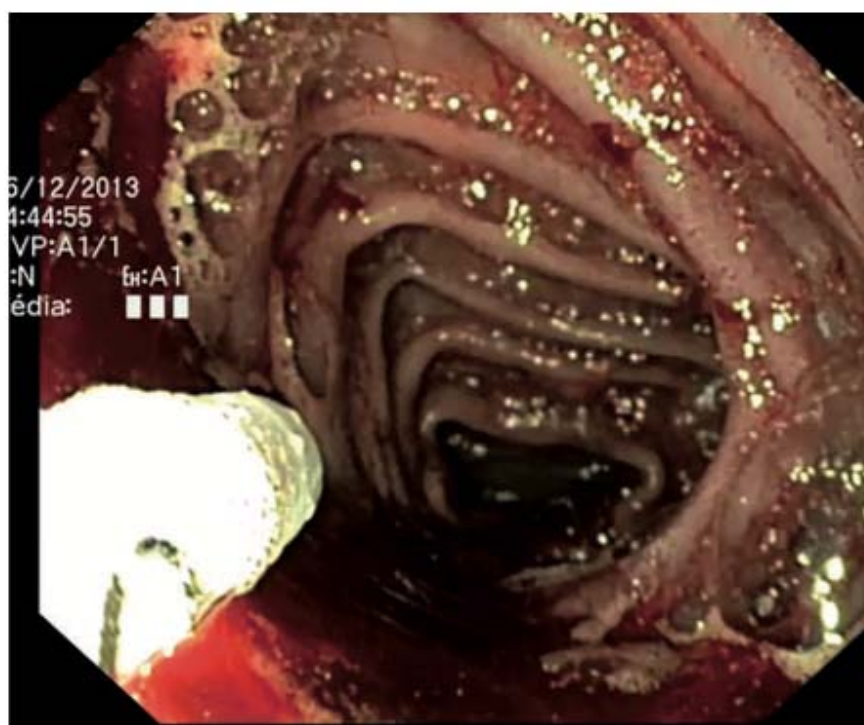
La réalisation de l'endoscopie va guider l'attitude thérapeutique dans la prise en charge des hé morragies digestives.

Dans les hé morragies d'origine ulcéreuse , l'hé mostase endoscopique permet , comme le précise Cook et al . dans une méta-analyse (76), de réduire considérablement le risque de persistance ou de récidence d'une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse (60 à 90% selon les méthodes utilisées) lorsque l'on considère l'ensemble des ulcères à haut risque de persistance ou de récidence hémorragique , c'est-à -dire les ulcères sièges d'hémorragie active ou avec un vaisseau visible non saignant. Elle permet aussi de réduire le risque d'intervention chirurgicale.

Dans les hé morragies digestives par rupture de varices œsophagiennes , la ligature doit être réalisée en urgence en présence d'un traitement actif (77). En l'absence de saignement actif, le traitement endoscopique se discute , mais l'étude de Lo et al. montre le bénéfice du traitement endoscopique chez les patients sans hé morragie active à l'endoscopie initiale : diminution du taux de récidence hémorragique (0 versus 15%,  $p=0,0006$ ) et du recours à la transfusion (78). Plusieurs essais et méta-analyses ont montré la supériorité de la combinaison du traitement vasoactif et du traitement endoscopique , en comparaison à l'un ou l'autre de ces traitements seuls. Ainsi, un traitement combiné associant un agent actif à une ligature élastique endoscopique est devenu le traitement de référence (73,74).



**Figure 20 :** Pose de clips sur un ulcère Forrest Ia duodé nal



**Figure 21 :** Application d'Hemospray® sur ulcère duodé nal hémorragique

**b. Indications**

L'endoscopie digestive est le seul examen permettant d'affirmer la persistance d'une hémorragie et de présager du risque de récurrence hémorragique : plusieurs scores ont été établis à cet effet et tous tiennent compte des données endoscopiques.

Actuellement, tous les patients qui présentent une hémorragie digestive haute doivent bénéficier d'un examen endoscopique

**c. Délai de réalisation**

Tous les auteurs s'accordent pour dire que l'endoscopie doit être réalisée le plus précocement possible, mais le délai de réalisation a été longtemps débattu. D'un côté, l'endoscopie doit être faite dans les plus brefs délais car elle permet de contrôler une hémorragie active, ce qui est un élément pronostique important. De l'autre, la qualité de l'examen dépend de la préparation du patient, il y a donc un temps pour réanimer le malade et optimiser la vacuité gastrique. Les experts proposent que l'endoscopie soit réalisée le plus tôt possible dans les 12 premières heures (73).

**2.2. Produits caustiques:**

**a. L'endoscopie trachéo-bronchique :**

Cet examen n'est pas systématique, mais elle est fondamentale dans certaines situations, surtout en cas de lésions graves du tractus digestif supérieur, où il est nécessaire de pratiquer un bilan lésionnel de l'axe laryngo-trachéobronchique qui conditionnera la conduite thérapeutique

Elle permet de visualiser l'état de la filière laryngo-trachéobronchique, de déterminer la topographie des lésions ainsi que le mécanisme d'atteinte de l'arbre aérien (soit par inhalation ou par diffusion) (69).

Les lésions créées par les produits caustiques sont des lésions de brûlures. On peut, suivant la profondeur de l'atteinte de la muqueuse, classer ces lésions en (99):

- Stade I : destruction de la partie superficielle de la muqueuse
- Stade II : destruction de la partie profonde de la muqueuse
- Stade III et IV : destruction des couches sous muqueuses

### **2.3. Corps étrangers :**

#### **a. L'endoscopie :**

L'extraction endoscopique des CE représente une faible proportion des endoscopies digestives. En effet, les endoscopies haute thérapeutiques ne représentent que 3.5% de l'ensemble des endoscopies œsogastroduodénales. Selon une enquête réalisée en 2001 par la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), seulement 1700 gastroscopies ont été réalisées pour extraction de CE sur 1100000 soit 1.5 ‰ des fibroscopies hautes digestives (79).

#### **b. Indications :**

Toute suspicion de CE œsophagien est une indication formelle à une œsophagoscopie même si les examens physiques et radiologiques sont négatifs (86). L'extraction endoscopique est également indiquée devant un CE avec un risque occlusif : de diamètre supérieur à 2.5 cm pour les objets grossièrement ronds ou ceux dont la longueur est supérieure à 5 cm pour les objets allongés (90, 79, 92). Les CE tranchants ou extrêmement acérés doivent être retirés endoscopiquement et immédiatement vu le risque perforatif. Les antécédents de chirurgie abdominale ou de maladie de Crohn constituent pour certains auteurs une indication à l'endoscopie (79).

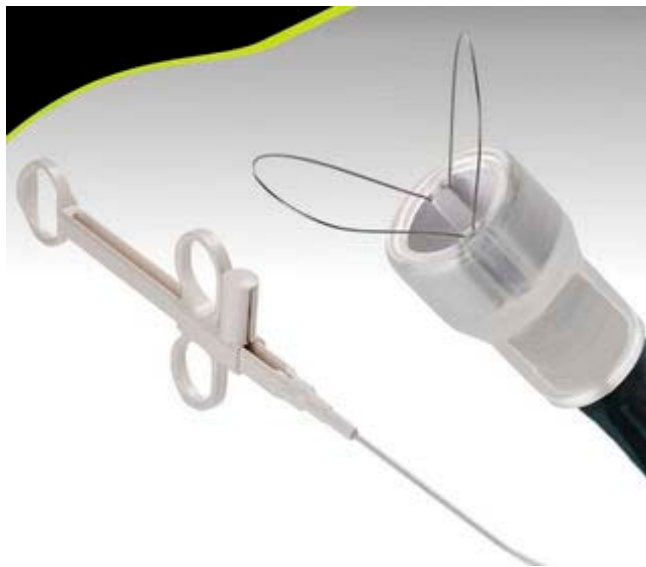
#### **c. Contre-indications :**

Bien que l'endoscopie soit très sollicitée en matière d'extraction de CE, plusieurs contre-indications à son utilisation ont été soulevées. En effet, l'extraction endoscopique ne peut être tentée devant la présence de signes cliniques ou radiologiques de perforation ou encore l'existence d'une hématomèse massive témoignant d'une lésion vasculaire. Elle ne peut non plus

être indiquée pour un CE profondément enclavé dans les parois digestives ou lorsque ce CE est un paquet de cocaïne ou autre drogue (12).

**d. Matériels d'extraction :**

Une partie importante de la prise en charge consiste dans le choix d'un matériel approprié au CE. L'instrumentation comprend un appareil d'endoscopie (endoscope rigide, endoscope souple, laryngoscope...) couplé à un matériel d'extraction. Ce dernier peut être une pince à biopsie sans dard, une pince tripode, une pince à griffes, une pince à ouverture large, une anse à filet, une anse à polypectomie, une anse à panier de Dormia, une anse à dents de rat, une anse à dents de crocodile ou un cathéter à ballonnet. Des capuchons en plastiques et éventuellement un overtube peuvent être utilisés pour l'extraction des CE acérés.



**Figure 22 : panier endoscopie pour extraction de corps étrangers de l'œsophage**



**Figure 23 : Pince tripode**



**Figure 24 : Anse à polypectomie**

Selon Vedrenne et Arpurt (79), il n'y a pas de règle en matière du choix du matériel adapté, mais plutôt une appréciation fondée sur l'expérience personnelle. Ils recommandent l'utilisation d'une anse quand il s'agit de CE volumineux ou de surface irrégulière, et du capuchon plastique pour tous les objets tranchants. Sahota a réalisé l'extraction à l'aide d'une anse à polypectomie chez 132 malades dans une série de 177 malades avec 85% de succès à la première endoscopie, alors que l'anse à dents a été utilisée avec 100% de succès à la première

endoscopie chez seulement 16 malades (5). Ulus (93) rapporte une étude portant sur 58 malades avec histoire d'ingestion d'épingles et qui montre la supériorité de la laryngoscopie dans l'extraction des CE situés dans le haut œsophage par rapport à l'œsophagoscopie rigide car moins invasive et ne nécessitent pas d'anesthésie générale.

Vue les complications fréquentes de l'endoscope rigide et les limites de l'endoscope souple dans l'extraction des CE, Guan-Sen (94) a développé un nouveau complexe endoscopique comportant un tube transparent et un endoscope flexible auquel s'attache le matériel d'extraction. Ce complexe a permis l'extraction des CE allant de 12×25×30 mm à 3×20×150 mm dans une série de 78 cas, sans complications post-thérapeutiques.

#### e. Techniques d'extraction :

Le type d'anesthésie dépend de la situation du CE et de l'âge du patient. L'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale permet d'assurer une parfaite étanchéité de la voie respiratoire, d'éviter les pneumonies par inhalation ainsi que l'obstruction aiguë de la voie respiratoire lors des manœuvres d'extraction (86). Cependant, les extractions de CE se font dans 60 à 80% des cas, sous simple pré-médication et anesthésie pharyngée à la xylocaïne (87).

On a recours le plus souvent à l'endoscopie conventionnelle, quoique l'endoscopie par voie transnasale s'avère plus avantageuse dans une étude réalisée par Gigliozzi (95), car plus tolérée, moins chère et ne faisant appel à aucune anesthésie.

L'endoscopie est réalisée à l'aide d'un vidéoscope adulte. En position de Trendelenburg, la tête du patient est maintenue par un aide et défléchie au fur et à mesure de la progression du tube. Les étapes de l'extraction des CE sont les suivantes :

- Localisation, détermination de la nature du CE et évaluation de ses rapports avec les parois du tube digestif,
- Détermination de la technique d'extraction, soit endoscopique, soit chirurgicale en fonction des données de l'exploration,
- Extraction,

- Contrôle endoscopique de la zone d'enclavement à la recherche d'éventuelles lésions provoquées par le CE ou d'une pathologie sous-jacente préexistante.

**f. Dangers et Incidents :**

Lorsque l'on retire un CE intragastrique, deux zones physiologiquement rétrécies doivent être franchies avec précaution : la jonction œsogastrique et la bouche œsophagienne. Ces zones sont habituellement toniques et de calibre plus étroit. L'injection de glucagon inhibe la motricité gastrique et permet une meilleure dilatation du cardia. La curarisation permet un relâchement plus important du sphincter supérieur de l'œsophage.

Deux risques au retrait d'un CE ont été rapportés (79) :

- le passage du CE lâché par la pince dans les voies aériennes,
- la perforation œsophagienne : 5.9% dans la série de Shen (84) et 1.2% dans celle de Yasser (80).

**g. Résultats :**

La revue de littérature montre que l'endoscopie permet le plus souvent, l'extraction des CE ingérés avec succès. Dans la série de Kpémissi (88), 97% des malades ont été traités endoscopiquement, 94.1% dans la série de Shen (84), 93% dans la série de Yasser (80), 85% dans la série de Choy et Coll (96) et 43% dans celle de Selivanov (85). D'autres études prouvent ce résultat (15, 89, 91, 97, 98). Peu d'études rapportent l'échec de l'endoscopie dans l'extraction des CE. Le siège et la nature du CE semblent être les facteurs responsables de cet échec pour certains auteurs. Templer et Boko (96) décrivent successivement les cas d'un clou et d'un hameçon logés dans l'hypopharynx et dont l'extraction endoscopique était infructueuse. De même, Kpémissi (88) rapporte l'échec de l'extraction endoscopique des CE acérés dans 2.9% des cas. Dans notre série, l'endoscopie digestive haute pratiquée chez seulement 4 de nos malades n'a pas été fructueuse. Nos résultats peuvent s'expliquer par la non disponibilité du matériel adapté à l'extraction en urgence.

## VI. Evolution et complications :

### 1. Hémorragies digestives hautes :

#### 1.1 Complications :

##### a. Liées à l'ulcère gastro-duodénale :

###### *a.1. Hémorragie digestive incontrôlable :*

Il s'agit de la complication la plus fréquente des UGD, parfois inaugurale, représentant 30 à 40 % des hémorragies digestives hautes. Le risque est aggravé par :

- la prise d'AINS, antiagrégants et/ou anticoagulants ;
- antécédent d'UGD compliqué ou non compliqué ;
- âge > 65 ans.

L'endoscopie après correction du choc hémodynamique permet d'affirmer l'origine ulcéreuse de l'hémorragie : un geste d'hémostase endoscopique en cas de saignement persistant en jet ou en nappe ou de vaisseau visible ou caillot adhérent.

La mortalité est d'environ 10 %. (166)

###### *a.2. Perforation ulcéreuse*

C'est une complication moins fréquente que l'hémorragie. Elle est favorisée par la prise d'AINS. Une corticothérapie peut atténuer les signes cliniques de perforation et retarder le diagnostic. (166)

###### *a.3. Sténose ulcéreuse*

Elle est exceptionnelle. Elle complique les ulcères bulbaires et pré-pyloriques avec une composante fibreuse et une composante inflammatoire.

Cette sténose peut être révélée par des vomissements post-prandiaux tardifs d'où le risque de déshydratation et de troubles ioniques : alcalose métabolique avec hypochlorémie et hypokaliémie.

Après l'évacuation de la stase gastrique par aspiration, le diagnostic de sténose est posé par l'endoscopie éventuellement complétée par un transit baryté. Des biopsies sont nécessaires pour éliminer un cancer ou un lymphome. (166)

**b. Complications liées à l'HTP ou à la maladie causale :**

***b.1. L'encéphalopathie hépatique :***

Il est classique de voir le degré d'encéphalopathie hépatique majoré par un épisode aigu d'HDH: celle-ci provoque souvent un état d'hyper-ammoniémie secondaire à la putréfaction du sang dans le tube digestif laquelle explique l'encéphalopathie selon la théorie classique (147).

Le traitement classiquement admis fait appel à un régime hypo-protidique (30g/dl) et au lactulose (3 sachets par jours). Ce traitement permet de diminuer l'absorption par le système porte de l'ammoniac intestinal, et limiterait le temps de stagnation de l'ammoniac dans le colon par action laxative.

***b.2. Les complications infectieuses :***

Dans tous les cas d'hémorragie digestive chez le malade cirrhotique, un traitement par antibiotique doit être initié dès le début de prise en charge. Cette antibiothérapie dirigée contre les entérobactéries permet d'empêcher la translocation bactérienne des germes digestifs vers la circulation portale.

Les antibiotiques couramment utilisés sont les fluoroquinolones, céphalosporine III génération ou l'amoxicilline + acide clavulanique avant chaque endoscopie (51).

Néanmoins il est certain que sur ce terrain fragilisé, le moindre signe infectieux devra faire débiter immédiatement une antibiothérapie empirique sans attendre les résultats bactériologiques. Le choix du ou des antibiotiques est tant guidé par la clinique

Dans notre série , parmi les 25 patients connus cirrhotiques , 15 ont reçu une antibiothérapie prophylactique soit 60% à base de Ciproxine (20%).

### *b.3. Ascite et fonction rénale :*

Une détérioration de la fonction rénale est fréquente au cours de l'hémorragie digestive . Les mécanismes de cette insuffisance rénale sont multiples :

- L'hypovolémie induite par l'hémorragie digestive aggrave l'hypoperfusion du rein et peut entraîner de ce fait une insuffisance rénale aiguë (le plus souvent fonctionnelle),
- Une nécrose tubulaire aiguë peut être secondaire au phénomène ischémique ou à une infection,
- Enfin l'association de certains facteurs et de l'aggravation de la fonction hépatique peut entraîner un syndrome hépatorénal

Deux attitudes pragmatiques en découlent : proscrire les événements potentiellement iatrogènes (aminosides, anti-inflammatoires non stéroïdiens, hydroxyéthylamidon, iode) (142), et assurer un remplissage optimal afin d'avoir un volume intravasculaire suffisant pour la perfusion rénale . Un monitoring de la diurèse est donc nécessaire . Lorsqu'un syndrome hépatorénal est confirmé, l'administration de terlipressine peut améliorer la fonction rénale chez 60 % des malades (146,148).

### *b.4. Delirium tremens :*

Un syndrome de sevrage peut apparaître chez des malades alcooliques hospitalisés pour une hémorragie digestive Il apparaît le plus souvent 12 à 24 h après le début de l'hospitalisation ; une hyperhydratation et beaucoup plus rarement une sédation peuvent être alors nécessaires (7). L'utilisation de benzodiazépines à demi-vie courte est préférée , car il existe ensuite un risque important de précipiter une encéphalopathie hépatique ; un monitoring par des électroencéphalogrammes répétés peut être nécessaire chez ces malades.

*b.5. Les récurrences hémorragiques:*

Le principe est de réduire le débit sanguin splanchnique en induisant une vasoconstriction splanchnique et une réduction du débit cardiaque.

La prévention secondaire par bêtabloquants diminue le risque hémorragique de 30%. On utilise de préférence les bêtabloquants non sélectifs (Propranolol et Nadolol) et doivent être débutés dès que possible.

En pratique, la fréquence cardiaque doit idéalement diminuer de 20 à 25%.

Dans notre étude les bêtabloquants ont été instaurés chez 18% des malades.

Les mesures préventives dans notre service ne diffèrent pas de celles décrites dans la littérature.

**1.2 Evolution**

Malgré les progrès des moyens d'exploration notamment l'endoscopie surtout d'urgence, de la réanimation et de la chirurgie digestive, la mortalité globale des HDH s'est peu modifiée au cours des 20 dernières années et reste aux alentours de 10%. (140)

Le pronostic des HDH est surtout dominé par la persistance ou la récurrence de l'hémorragie.

Dans notre série, la persistance de l'hémorragie et la récurrence de cette hémorragie étaient responsables du cas de décès.

La mortalité s'explique aussi par : (141)

- L'âge élevé du malade
- L'importance de l'hémorragie, en particulier s'il s'agit d'un état de choc initial et le nombre de culots globulaires transfusés.
- La décompensation de pathologies préexistantes telles qu'une cardiopathie ischémique, une insuffisance rénale, une hépatopathie ou une insuffisance respiratoire chronique.
- La chirurgie : un malade opéré en urgence a un taux de mortalité élevé.

## 2. Produits caustiques :

L'évolution dépend du stade initial des lésions du tube digestif supérieur (102). Les patients qui présentaient des lésions endoscopiques (annexe N° 5) de stade 0, I ou IIa développent rarement des complications. Une simple surveillance accompagnée d'une diète de 24 à 48 heures suffit généralement. Elle reste indispensable en raison des patients vus « trop tôt » dont les lésions ont été sous-estimées et qui ont présenté secondairement des complications (109). Il ne faut pas oublier de proposer une consultation auprès d'un psychiatre en cas d'ingestion volontaire.

Les patients, atteints de brûlures digestives de stade IIb, développent secondairement des sténoses dans 40 à 70 % des cas, selon les séries. Ils nécessitent une prise en charge hospitalière pour surveillance ainsi qu'une mise au repos complet du tube digestif supérieur par une alimentation parentérale, durant 3 semaines minimum ou jusqu'à cicatrisation complète des lésions. Cette surveillance vise à détecter le plus précocement possible : une hémorragie digestive, une perforation digestive ou une complication infectieuse. Les contrôles endoscopiques seront réalisés mensuellement et la nutrition parentérale totale maintenue jusqu'au quatrième mois en l'absence de cicatrisation. Après cette date, il faudra décider du traitement à entreprendre, généralement la dilatation d'une sténose ou une œsophagoplastie.

Les patients de stade III doivent bénéficier de la même prise en charge que les patients en stade IIb. La chirurgie est indispensable dans 25% des cas. Des sténoses surviennent dans 40 à 90% des cas en l'absence d'exérèse (101)

Seules les atteintes de stade IIIb doivent conduire à une chirurgie d'emblée. Pour des atteintes moindres, il faut savoir adopter une attitude conservatrice en l'absence de complications.

### 2.1. Mortalité :

Le taux de mortalité varie selon qu'il s'agit de cas vus précocement 0.5% à 11% (112,116), ou qu'il s'agit de formes sévères 27 à 58.3% (102, 115,113)

Le taux de décès est faible dans les séries infantiles : 0.5% pour SYMBAS (118) et 1.7% pour MORGON (117), tandis que les plus forts pourcentages de mortalité sont notés dans les séries de chirurgiens ; tel est le cas de PEIX (113) avec 58.3% , RIBET (122) avec 27% et CHANG(103) avec 13.40% cela est justifié par l'utilisation d'un produit caustique alcalin à savoir le Destop\* et les cas graves ainsi l'ancienneté de la série.

Dans les séries marocaines, le taux de mortalité a été de 1.4% ; 4.2%, 11.7%, 28% ,15.83% , 5.8% respectivement dans les séries de TRABI (119), EL MOUSSAOUI (107), DRISSI (111),TADIMI (105), ADERRAK (106)et HAMMOUMI (5).

Le taux de décès dans notre série est de 6.13% des cas , on est conforme aux résultats marocains.

## **2.2. Sténoses :**

La sténose caustique complique essentiellement les brûlures classées stade IIb ou stade III. Ainsi pour MORGON (117) la sténose se verrait dans 18% aux stades II circulaires [IIb] et dans 50% aux stades IV.

L'incidence des sténoses caustiques est de 32% pour PARIS et de 9% pour PONCET (120). Dans les travaux marocains , TRABI a relevé une sténose œsophagienne dans 15.5% des cas ,EL MOUSSAOUI (107) une sténose gastrique ou œsophagienne dans 7.5% des cas et ADERRAK (106) a relevé une sténose œsophagienne ou gastrique dans 15.37%

Notre étude rapporte la survenue d'une sténose œsophagienne chez 18 patients, la sténose antro-pylorique chez 3 patients.

## **2.3. La cancérisation secondaire :**

Connue depuis le début du XXème siècle, la cancérisation secondaire des lésions induites par les caustiques survient dans les 40 années qui suivent le traumatisme de l'œsophage (121) mais ce délai pourrait varier de 15 à 75 ans (108). Ils correspondraient à 0,8 à 4 % des cancers œsophagiens (114).

C'est ce qui explique l'absence d'enregistrement d'un cas de cancérisation dans notre série

La ré pétition des dilatations dans le traitement de sténoses modérées de l'œsophage serait é galement en cause dans la pathogénie carcinomateuse (110).

Le type histologique de cancer est carcinomateux malpighien, les sarcomes sont exceptionnels, mais surviennent sur des œsophages en place, jamais sur l'œsophage exclu (104).

Ainsi, tout patient qui n'a pas bé néficié d'un remplacement chirurgical de la zone brulée par les caustiques doit faire l'objet d'un suivi endoscopique et cytologique passé un délai de 20 ans.

### **3. Corps étrangers :**

Les corps é trangers du tractus digestif peuvent entraîner des complications mécaniques ou infectieuses, locales ou à distance. Ces complications peuvent ê tre de révélation aigu e mais parfois chronique et progressive.

#### **3.1. Complications à court terme :**

##### **a. Perforation :**

C'est la complication de loin la plus fré quente et dont la gravité ne doit pas être sous estimée Elle peut survenir à tout âge Elle est spontanée lorsque le CE ingéré est de par sa forme ou sa nature vulné rant Mais, elle peut être accidentelle lors d'une extraction par des manœuvres instrumentales : 1% dans la série de Selivanov(13) et 4% dans celle de Sahota (10).

La perforation peut inté resser tout le tube digestif avec une fré quence élevée quand le CE a franchit l'estomac et arrive au niveau du grêle (15 à 30%) (123). Celle de l'œsophage est beaucoup plus rare mais de pronostic pé joratif(132).

Le diagnostic de la perforation est une urgence clinique dont la sanction thé rapeutique est chirurgicale.

**b. Occlusion :**

L'ingestion de corps étrangers peut rarement se compliquer d'occlusion intestinale. Le mécanisme de l'occlusion peut être une obstruction de la lumière intestinale (126, 127, 133,134) ou un volvulus surtout chez l'enfant (125). Le siège électif de l'occlusion intestinal est la jonction iléocœcale

**c. Le CE inextirpable :**

Il l'est soit d'emblée, soit après une ou plusieurs tentatives d'extraction endoscopique, et il faut savoir dans ces cas accepter un échec. L'extraction se fera alors par abord chirurgical.

**3.2. A moyen et à long terme :**

**a. Fistules :**

Elles compliquent surtout les CE tranchants. L'infection progresse lentement, rendant compte de l'évolution clinique. Le CE peut s'incarcérer dans la profondeur de la paroi digestive. L'infection entraîne une érosion progressive des tuniques de la paroi digestive. Cette évolution peut aboutir à la constitution d'une fistule entre différents segments du tube digestif et les organes de voisinage telle une fistule aorto-œsophagienne (64, 65), une fistule broncho-gastrique (129), une fistule œsotrachéale(135)...

**b. Migration :**

La migration du CE dans les tissus et organes de voisinage est rare. Elle peut être vers le rachis cervical se révélant par une spondylodiscite (136), dans les bronches avec un tableau d'abcès pulmonaire, dans le péricarde avec un tableau de péricardite (86), dans le médiastin avec un tableau de médiastinite (10, 130, 137) ou encore dans le pancréas avec un tableau de pancréatite aiguë (82). Mais la migration peut être dans le sens inverse, Yalçim rapporte le cas d'un nourrisson de 10 mois, victime d'une migration d'une épingle du dos vers l'estomac (138) !

**c. Sténose :**

L'impaction d'un CE dans le tube digestif surtout au niveau de l'œsophage, peut être responsable après extraction d'une sténose cicatricielle. Cette même sténose peut secondairement, entraîner de nouveaux blocages. Aussi, faut-il prévenir les patients de cette éventualité et les revoir au moindre trouble de déglutition. Un transit œsophagien systématique de contrôle ne s'impose pas étant donné la rareté de cette complication (86).

**d. Récidive :**

Les récurrences sont observées surtout en milieu carcéral et chez les malades suivis pour des psychoses chroniques (15, 139). Dans notre série un malade, prisonnier a une histoire de 13 épisodes d'ingestion de CE !

**3.3. Mortalité :**

La mortalité liée à l'ingestion de CE s'est considérablement réduite depuis l'application de nouvelles techniques de prise en charge. Elle était de 57% il y a un siècle, de 5% dans les années 1960 et inférieures à 1% depuis 1995 (10, 123, 124, 13, 128, 131).

Nous déplorons un décès dans notre série. Il s'agit d'un malade âgé de 23 ans, psychotique suivi, admis pour ingestion volontaire de deux pièces de monnaie et deux sacs en plastique, depuis seulement 24 heures. Le patient était admis dans un tableau de péritonite généralisée avec un état de choc. Le patient est décédé le jour même suite à un choc septique.

**3.4. Morbidité :**

La surveillance médicale s'est compliquée dans notre série d'une péritonite par perforation gastrique dans 9% des cas. Ce qui concorde avec les données de la littérature (42). L'endoscopie peut être compliquée d'une perforation en rapport avec des manœuvres d'extraction instrumentales. Le taux de perforation est situé entre 4% selon les auteurs (10,13).



## *CONCLUSION*



Au terme de ce travail, nous avons pu décrire les différentes indications et situations nécessitant une endoscopie d'urgence, caractériser la place du traitement endoscopique dans cette prise en charge et d'évaluer le pronostic à court et à long terme.

Notre expérience portant sur 200 patients d'hémorragie digestive haute, 40 cas d'ingestion de produits caustiques et 23 cas d'ingestion de corps étrangers au service d'hépatogastro-entérologie, dont l'âge était compris entre 17 et 82 ans.

Une large revue de la littérature nous a permis de discuter les problèmes diagnostiques et thérapeutiques de ces urgences et d'insister sur l'intérêt de certains éléments.

Nous déduisons une nette prédominance des hémorragies digestives hautes, causées principalement par l'ulcère gastro-duodéal ou l'HTP.

L'ingestion de caustique était accidentelle dans 65% et volontaire dans 35%. L'esprit de sel (HCl) est le produit le plus utilisé (60%), suivi de l'eau de Javel (35%). Le taux d'évolution était favorable (75%).

L'ingestion de corps étranger est moins fréquente, et faite essentiellement d'objets métalliques (épingles surtout).

Outre les cas pour lesquels la chirurgie est nécessaire, la fibroscopie oeso-gastro-duodénale joue un rôle primordial diagnostic, thérapeutique et pronostic.

Nous avons noté un délai de prise en charge de 10 heures, probablement à l'origine de la bonne prise en charge de ces patients aux urgences.

Ainsi, l'information du public sur les produits caustiques est une mesure essentielle dans toute action prophylactique contre ces oesophagites caustiques.

La sensibilisation du grand public et surtout les jeunes femmes voilées, aux dangers engendrés par l'ingestion de corps étrangers, permet d'agir à l'échelle de prévention.



## *ANNEXES*



## Annexe N°1

### Fiche d'exploitation

• **Identité :**

Nom et prénom :

IP :

Téléphone :

Age :

Sexe :  Masculin  Féminin

Profession :

Mutualiste  Ramediste  NMNR

Origine :  Urbain  Rural

• **ATCD :**

○ ATCD médicaux liés à l'HDH :

Maladie ulcéreuse :  Oui  Non

HTP :  Oui  Non

Cirrhose connue :  Oui  Non

Hépatite virale :  Oui  Non

Ictère :  Oui  Non

○ Atcd d' HDH :

oui  non si oui nbr d'épisodes antérieurs :

○ ATCD psychiatriques :

○ Autres atcd médicaux :

○ Comorbidités :

Diabète  HTA  cardiaque  Néphropathie, Autres :

○ Atcd chirurgicaux :  Oui  Non

Si Oui lesquels :

○ Prise médicamenteuse :  Oui  Non

Si Oui, quel type de traitement :

AINS  Aspirine  Corticoïde  Avlocardyl  clopidogrel  AVK  autres

○ Habitudes toxiques :

Ethylisme  Tabac  cannabis  Aucun

• **Motif de consultation :**

○ Ingestion de corps étranger :  Oui  Non

Si oui :

- Accidentelle :  Oui  Non

- Type du CE :  pointu( )  non pointu( )
- Taille du CE :
- o Ingestion de caustiques :  Oui  Non
- Si Oui :
- Accidentelle :  Oui  Non
- Renseignements sur le caustique ingéré :
- \*Nature :  Bases  Acides  Oxydants
- \*Quantité :
- \*Concentration : \*PH:
- \*Consistance : Liquide/visqueux, poudre/solide
- o Hémorragie digestive révélée par :
- Hématémèse :  Oui  Non
- Méléna :  Oui  Non
- Rectorragie :  Oui  Non
- Anémie :  Oui  Non
- Etat de choc :  Oui  Non
- Délai entre l'HDH et l'heure d admission :
- Avant 24H
- Entre 24 et 72H :
- Après 72H
- Caractéristiques du saignement :
- nombre d'épisodes :
- Abondance:  Faible  Moyen  Grande
- Données de l'examen cliniques :
- o Etat général :
- o Stable :  Oui  Non
- Conscience
- Etat des conjonctives
- TA FC FR
- TRC T° SpO2
- Pâleur : -Soif : -Autres :
- o Dénutrition :  Oui  Non // Vomissement :  Oui  Non
- o Tb de transit :  Oui  Non // Distension abd :  Oui  Non
- o Ictère :  Oui  Non // Douleur abd :  Oui  Non
- o Si ingestion de caustique :
- La présence de signes d'atteinte buccale :
- Oui  NON
- Présence de signe d'atteinte de la sphère ORL :  Oui  Non

• **Mesures réalisées en urgences :**

- Voies veineuses :  Oui  Non
- Scope :  Oui  Non
- Remplissage vasculaire :  Oui  Non
- Transfusion sg :  Oui  Non
- Si oui : Nombre de culots globulaires reçus :
- Intubation :  Oui  Non
- Sonde gastrique :  Oui  Non
- Données biologiques :
  - Groupage :
  - NFS : \*Hb \*Hte \*VGM \*CCMH \*PQ :
  - Bilan d'hémostase : \*TP \*TCK \*INR \*Facteur V
  - Bilan hépatique : \*ASAT \*ALAT \*GGT \*PAL \*BT
  - Bilan rénal : \* Urée \*Créatinine
  - Taux d'albumine :
  - Taux de protides :
  - Ionogramme sanguin :
    - \*Cl<sup>-</sup> \*Ca<sup>2+</sup> \*Na<sup>+</sup> \*K<sup>+</sup>

• **Fibroscopie digestive haute :**

- Délai entre l'admission et la réalisation de la première endoscopie :
  - ❖ si corps étranger :
    - siège :
    - impacté :  Oui  Non
    - Extraction :  Oui  Non
    - Evolution :  bonne  complication
  - ❖ Si ingestion de produits caustiques :
    - Délai entre l'ingestion et l'exploration :
    - Résultat de l'exploration endoscopique :
      - \*classification de Di constanzo :
      - + Œsophage :
      - + Estomac :
      - + Duodénum :
    - Evolution :  bonne  complications
      - Pneumopathie d'inhalation  Défaillance respiratoire
      - Complications métaboliques  Hémorragies digestives
      - Perforations digestives  sténose

❖ Si HDH:

- Délai entre l'HDH et l'exploration endoscopique:

- Ulcère => - siège : Forrest :
- HTP :
- VO I       VO II       VO III       SR
- VOG1       VO G2       VG1       VG2
- VE       GHTP
- Oesophagite
- Tumeur      =>      - siège :
- Angiodysplasie => - siège :
- Autres lésions :

• Autres examens para-cliniques :

+ ASP :      + Rx thorax :

• Prise en charge thérapeutique :

⇒ Médical :

- IPP       antalgique       ATB
- sandostatine       Autres

⇒ Endoscopique :

- LVO       sclérose       clippage       APC
- Extraction du CE       Autre

⇒ chirurgical :

• Evolution :

- + Immédiate :       Bonne       C précoce (      )
- + A distance :       Bonne       C tardif (      )

## Annexe N°2

Tableau montrant le score IGS

Variable	26	13	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18	
Âge (an)												40						40-59				6069	7074	7579		> 80	
FC (b · min-1)				40												120-159		> 160									
PAS (mmHg)		> 70						7099				100120			> 200												
T (°C)												< 39			> 39												
PaO2/FiO2 Si VA/CPA P				< 100	100-99			> 200																			
Diurèse L · j-1			< 0,5						0,5-0,99		1																
Urée mmol · L-1 g · L-1												< 10	0,6				10-29,90,6-1,79				> 30	> 1,8					
Globules blancs /l 000			< 1,0									1,0-19,9			> 20												
Kaliémie mmol · l-1										< 3		3,0-4,9			> 5												
Natrémie mmol · L-1								< 125				125-144	145														
HCO3 mmol · L-1							< 15			15-19	20																
Bilirubine mmol · L-1 mg · L-1												< 68,4	< 40			68,4-102					> 102	> 60					
Glasgow (points)		< 6 à 8				9 à 10						14-15															
Maladie chroniques																				Métastases	Hématologie					sida	
Type d'admission												Chirurgie programmée					Médical			Chirurgie urgente							
<b>Total</b>																											

## Dé finition des variables du tableau

Variable IGS II	Définition de la variable
Âge	Au dernier anniversaire
Fréquence cardiaque (b · min <sup>-1</sup> )	Noter la valeur la plus anormale pendant les 24 premières heures (bradycardie ou tachycardie) l'arrêt cardiaque (11 points) la tachycardie (> 160) (7 points), exemple Si AC + tachycardie < 160 : compter 11 points
Pression artérielle systolique	Si la PAS varie de 60 à 205 mmHg compter 13 points (correspondant à une PAS de 60)
Température centrale	Tenir compte de la température la plus élevée
Rapport PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	Prendre la valeur la plus basse du rapport Si le malade n'est ni ventilé, ni sous CPA : compter 0
Débit urinaire	Si le malade ne reste pas 24 heures, noter la diurèse totale observée pendant la durée de séjour et extrapoler la diurèse de 24 heures (exemple : 1 L en 8 heures, 3 L en 24 heures)
Urée sanguine	Prendre la valeur la plus élevée en mmol · L <sup>-1</sup> ou g · L <sup>-1</sup>
Globules blancs	Prendre la valeur la plus anormale (haute ou basse). Diviser les chiffres donnés par 1000 (exemple : 22 000 blancs = 22 et 900 blancs = 0,9)
Kaliémie- Natrémie - HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	Prendre la valeur la plus anormale haute ou basse en mmol · L <sup>-1</sup>
Bilirubinémie	Noter la valeur la plus haute en mg · L <sup>-1</sup> ou en mol · L <sup>-1</sup>
Score de Glasgow	Prendre la valeur la plus basse des 24 heures, avant sédation Si le patient est sédaté, prendre le score estimé avant la sédation, par l'interrogatoire ou les données de l'observation
Type d'admission	Malade chirurgical : malade opéré, dans la semaine qui précède ou suit l'admission Malade programmé : malade dont l'intervention chirurgicale est prévue au moins 24 heures avant l'opération Malade non programmé : malade dont l'intervention chirurgicale n'était pas prévue 24 h avant l'opération
Maladies chroniques : Sida, Hémopathies malignes, Cancers métastasés	Malade HIV+ avec manifestations cliniques comme pneumocystose, Sarcome de Kaposi, lymphome, tuberculose ou infection à toxoplasme Lymphome, leucémie aiguë, myélome multiple Prouvés par chirurgie, scanographie ou autre méthode

## Annexe N°3

### Classification de CHILD-PUGH [56].

Variables	Sévérité	Score
Encéphalopathie	Absente	1
	Modérée I-II	2
	Importante III-IV	3
Ascite	Absente	0
	Modérée	1
	Importante	2
Bilirubine (µmol/litre)	< 34	1
	34 à 51	2
	> 51	3
Albumine (g/dl)	> 35	0
	28 à 35	1
	< 28	2
Taux de prothrombine	> 50%	0
	40 à 50%	1

Un score de 1 à 3 est attribué à chaque variable, la somme de ces 5 scores comprise entre 5 et 15, permet de répartir les malades en :

- Classe A : Score finale de 5 à 6
- Classe B : Score de 7 à 9
- Classe C : Score de 10 à 15

## Annexe N°4 :

### Score de Rockall

Points	0	1	2	3
Age	< 60	60-79	> 80	-
Signe de Choc	absent	Pouls > 100 PAS > 100	Pouls > 100 PAS < 100	-
Comorbidité	NON	NON	Cardiopathie ischémique insuffisance cardiaque toute comorbidité majeure	Insuffisance rénale, insuffisance hépatique cancer généralisé
Diagnostic fibroscopique	Mallory Weiss, absence de lésion et de stigmates de saignement récent	Tout autre diagnostic	Lésions malignes	
Signes en faveur d'un saignement récent	Forrest III ou IIc : Absence d'hémorragie, lésions noirâtres de la base de l'ulcère		Forrest Ia, IIa ou IIB : Caillot adhérent visible, vaisseau en cours de saignement	

## Annexe N°5 :

### Classification endoscopique par DI COSTANZO des lésions caustiques

<b>Stade I</b>	Pétéchies ou érythème	
<b>Stade II : ulcération</b>	IIa	Superficielles, linéaires et/ou rondes
	IIb	Profondes circulaires et/ou confluentes
<b>Stade III : nécrose</b>	IIIa	Nécrose localisée (aspect en mosaïque)
	IIIb	Nécrose étendue, diffuse
<b>Stade IV</b>	Perforation	



## *RÉSUMÉS*



## Résumé

Ce travail est une étude prospective descriptive sur une période de 12 mois (allant de Janvier 2018 à Décembre 2018), portant sur une série de 263 malades dont 200 patients admis pour hémorragies digestives hautes, 40 pour ingestion de produits caustiques et 23 pour ingestion de corps étrangers, admis aux urgences puis référés au service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Arrazi.

Les principales indications d'une endoscopie digestive haute en urgence étaient dominées par les hémorragies digestives (hématémèse et/ou méléna) dans 70,44%, les ingestions de caustiques dans 24,15%, et l'ingestion de corps étrangers dans 2,24%.

Au cours des hémorragies hautes, la fibroscopie a montré des ulcères gastro-duodénaux dans 36% des cas, des varices œsophagiennes dans 25% des cas, 10% étaient des lésions aiguës de la muqueuse œso-gastro-duodénale et 10% des lésions ulcéro-bourgeonnantes. La réalisation de l'endoscopie va guider l'attitude thérapeutique dans la prise en charge des hémorragies digestives.

L'ingestion des corps étrangers est une situation rare chez l'adulte mais peut être responsable de graves lésions. Elle a été retrouvée chez 23 patients dont 63,6% des cas étaient accidentelle avec prédominance des épingles (31%), et volontaire dans 36,4% des cas. L'endoscopie a été réalisée chez 19% des malades. Le recours à la chirurgie a été dans 56,6% des cas.

Les ingestions des caustiques sont une véritable urgence médico-chirurgicale nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. Les circonstances accidentelles sont fréquentes (65%) que les formes volontaires (35%). La fibroscopie effectuée, souvent dans les 48 heures, a montré des

lésions digestives (classées selon la classification de Di-Costanzo) stade I dans 45% et des lésions stade II, III, IV dans 35%, 20% et 0% des cas respectivement.

Ainsi une prise en charge adéquate et multidisciplinaire est indispensable devant toute hémorragie digestive haute, ingestion de caustique ou de corps étranger.

## Abstract

This work is a descriptive prospective study over a period of 12 months (from January 2018 to December 2018), involving a series of 263 patients including 200 patients admitted for upper gastrointestinal bleeding, 40 for ingestion of caustic products and 23 for ingestion of foreign bodies, admitted to the emergency department and then referred to the hepatogastroenterology unit of the Arrazi hospital.

The main indications for emergency upper gastrointestinal endoscopy were dominated by gastrointestinal haemorrhage (hematemesis and / or melena) in 70.44%, caustic ingestions in 24.15%, and ingestion of foreign bodies in 2, 24%.

During upper haemorrhages, fibroscopy showed peptic ulcers in 36% of cases, esophageal varices in 25% of cases, 10% were acute lesions of the gastroesophageal mucosa and 10% of ulcerative lesions. –bourgeonnantes. The realization of endoscopy will guide the therapeutic attitude in the management of gastrointestinal bleeding.

Ingestion of foreign bodies is a rare situation in adute but may be responsible for serious lesions. It was found in 23 patients, of whom 63.6% were accidental with pins predominating (31%), and voluntary in 36.4% of cases. Endoscopy was performed in 19% of patients. The use of surgery was 56.6% of cases.

Ingestions of caustics are a true medical–surgical emergency requiring multidisciplinary care. Accidental circumstances are frequent (65%) than voluntary forms (35%). Fibroscopy performed, often within 48 hours, showed digestive lesions (classified according to the classification of Di–Costanzo) stage I in 45% and lesions stage II, III, IV in 35%, 20% and 0% of cases respectively .

Thus, adequate and multidisciplinary management is essential in the face of any high digestive bleeding, ingestion of caustic or foreign matter

## ملخص

عملنا هذا عبارة عن دراسة استطلاعية وصفية، امتدت على مدى 12 شهريا (من يناير 2018 إلى دجنبر 2018)، دراستنا شملت 263 مريضا تم استقبالهم بمستشفيات مستشفى الرازي ثم تمت احالتهم على مصلحة أمراض الكبد والجهاز الهضمي بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس .

200 منهم عانوا من نزيف معوي - معدي، 40 حالة ابتلاع مواد حارقة و 23 حالة ابتلاع أجسام غريبة . استعمال التنضير الدخلي للجهاز الهضمي استعجاليا، كان أساسيا عند 70,44% من حالات النزيف المعوي - معدي (قيئ الدم - تغوط أسود) 24,15% من حالات ابتلاع مواد حارقة و 2,24% من حالات ابتلاع أجسام غريبة .

في حالات النزيف بالجهاز الهضمي العلوي، أظهر التنضير الباطني العلوي : قرحة المعدة والإثنا عشر في 36% من الحالات، دوالي المرئ في 25% - 10% من الحالات كانت عبارة عن التهابات حادة للغشاء المخاطي للمرئ - المعدة - الإثنا عشر و 10% عبارة عن تقرحات تبرعمية .

التنضير الباطني للجهاز الهضمي مكن من توجيه الإختيارات العلاجية لحالات النزيف المعوي - معدي العلوي .

إبتلاع الأجسام الغريبة عند البالغين تعتبر حالات نادرة، لكنها تكون خطيرة في حالة حدوثها . في دراستنا تم تسجيل 23 حالة : 63,6% منها كانت حوادث عرضية (إبتلاع دبائيس) بينما 36,4% من الحالات كانت إرادية .

استعمال التنضير الباطني عند 19% من هذه الحالات، واللجوء إلى تدخل جراحي كان ضروريا عند 56,6% من المرضى ابتلاع المواد الحارقة يعتبر حالة جد مستعجلة، تتطلب تدخلا متعدد التخصصات، 65% من الحالات كانت عبارة عن حوادث عرضية مقابل 35% من الحالات الإدارية يعتبر التنضير الباطني للجهاز الهضمي أساسيا في تشخيص هذه الحالات، وتصنف الأفات إلى 4 أصناف (تصنيف Di-Costanzo)، نتائجا كانت كالاتي : 45% من المرضى لديهم الصنف I 35% الصنف II 20% الصنف III و 0% الصنف IV .

نستنتج إذا أن التدخل الطبي متعدد التخصصات يعتبر أساسيا أمام حالات نزيف الجهاز الهضمي العلوي

وحالات ابتلاع المواد الحارقة والأجسام الغريبة .



# *BIBLIOGRAPHIE*



1. **M.S. Tahir**  
Les données de l'endoscopie digestive haute réalisée en urgence. A propos de 890 cas.  
Casablanca 2018
2. **M. Kadiri**  
Expérience d'un service de gastroentérologie dans les urgences endoscopiques hautes.  
Rabat 2019
3. **Nakamura S.**  
Emergency endoscopy for acute gastrointestinal bleeding: Prognostic value of endoscopic hemostasis and the AIMS65 score in Japanese patients  
*Digestive Endoscopy* 2014; **26**: 369–376
4. **Togo S.**  
Prise en charge des corps é trangers enclaves de l'œsophage: à propos de 36 cas  
Service de Chirurgie Thoracique, CHU Hô pital du Mali, Bamako 2017
5. **HAMMOUMI. M.**  
Les brû lures caustiques du tractus digestif supé rieur (à propos de 58 cas) .  
Thèse de doctorat médecine, Rabat, 2016, n° 60.
6. **L'Kbir. A.**  
Brulures caustiques des tractus digestive haut.  
Thèse de doctorat en médecine N°54/18. MARRAKECH 2018
7. **G. BOMMELAER, A. STEF**  
Ulcé re gastroduodé nal: avant et après s *Helicobacter pylori*  
Gastroenté rologie Clinique et Biologique Vol 33, Issues 8–9, August–  
September 2009, P 626–634
8. **G.LESUR**  
Les hé morragies digestives hautes de causes rares.  
Gastroenté rologie Cliniques et biologique 2005, p 11–18.
9. **Lefriekh R, Aisse L, Louzi A, Ridai M, Zerouali N. O.**  
Ingestion de corps é trangers  
Revue Marocaine de Mé decine et Santé 2003; 20, 02 : 52–57
10. **Sahota A, Shandil R, Barmaki A. R, Salama P, Simpson NI.**  
Foreign body ingestions: Characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population.  
*Gastrointestinal endoscopy* 2006; 63, 5: 154

11. **Letard J. C.**  
Ingestion de corps é trangers Ilé us2003; 20 : 13-15.
12. **Selivanov V, Sheldon G. F, Cello J. P, Crass R. A.**  
Management of foreign body ingestion. Annales Surgery 1984; 199, 2 :187-91
13. **Zhao-Shen L, Zhen-Xing S, Duo-Wu Z, Guo-Ming X, Ren-Pei W.**  
Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. Gastrointestinal endoscopy 2006; 64, 4 : 485-92
14. **J. LANDRU, L. JACOB.**  
Anesthé sies-ré animation pour lésions de l'œsophage après ingestion d'un produitcaustique. Encyclopé die Médico-chirurgicale [2003] 36-726-A-10
15. **Iseh K. R, Oyedepo O. B, Aliyu D.**  
Pharyngo-oesophageal foreign bodies: Implications for health care services in Nigeria. Annals of African Medicine 2006; 5, 1: 52-55
16. **Ehua Somian F, Sie Essoh J. B, Coulibaly A, Diarra B, Amon Yapo P, Koffi Konan B, Kanga M. J. B.**  
Pé ritionite par arrête de poisson : Revue de la litté rature , discussion pathogé nique. Clinique 1998; 1914
17. **Bernad B, Mhanna T, Dugas B, Gasquez P, Valette P. J, Marx P, Sauvage P, Naouri A, Odet E, Bernard P.**  
Perforation jé junale par arrête de poisson diagnostiquée par la tomодensitométrie abdominale: à propos de deux cas. Annales de Chirurgie 2005; 130 : 636-39.
18. **Tsui BCH, Mossey J**  
Ocult liver abscess following linially unsuspected ingestion of foreign bodies. Hepatology 1997; 11, 5 : 445-48.
19. **Bocquet N, Guillot L, Mougénот J. F, Ruemmele F. M, Ché ron G**  
Hé matémèse chez un enfant de 11 mois : un mode de ré vélation rare d'un corps étranger intragastrique. Archives de Pé diatrie2005; 12 : 424-26
20. **Cossavella D, Clerico G, Paino O, Pozzo M, Trompetto M.**  
Intestinal perforation caused by a toothpick. Minerva Chir. 1998; 53, 3 : 219-22

21. **Tsinopoulou A. G, Panagopoulou P, Arvanitakis S. N,**  
Pitfalls in the approach of foreign body ingestion: Significance of drooling. *J Pediatr* 2003; 142 : 736
22. **Kim K. H, Woo E. Y, Rosato E. F, Kochman M. L.**  
Pancreatic foreign body: ingested toothpick as a cause of pancreatitis and hemorrhage. *Gastrointestinal endoscopy* 2004; 59, 1 : 147-49
23. **Naidoo R. R, Mb.Chb, Reddi A. A.**  
Chronic retained foreign bodies in the esophagus. *Annals of Thoracic Surgery* 2004; 77: 2218- 20
24. **Tanaka K, Toyoda H, Aoki M, Noda T, Aota T.**  
An incarcerated prosthetic tooth in the vermiform appendix. *Gastrointestinal endoscopy* 2007; 66, 2 : 400-01
25. **Scatton O, Perrier G, Boumenir Z. E.**  
Cure dents : soyons prudents ! *Journal de Chirurgie* 2000; 137, 6 : 355
26. **Loridan E, Degroote D, Zahredine A.**  
Une fille de merciè re *Journal de Chirurgie* 2005 ; 142, 3 : 172-73
27. **Denet Ch.**  
Femme de 59 ans admise pour hé matémèse *Journal de Chirurgie* 2001; 138 : 173-78
28. **Peison B, Benisch B, Lim E.**  
Perforation of the sigmoid colon following ingestion of a dental plate. *N J Med.* 1995; 92, 7 : 452-53.
29. **Letard J. -C, Happinono M.**  
Les corps é trangers ingérés et ingestion de toxiques . *Acta Endoscopica* 2004; 34, 5 : 671-78
30. **Yong S. K, Hoon J. C, Yoon T. J, Soon H. U, Chang D. K, Jin H. H.**  
Glue ingestion. *Gastrointestinal endoscopy* 2004; 60, 3 : 429
31. **Nadjem H, Weinmann W, Pollak S.**  
Ingestion of pointed objects in a complex suicide. *Forensic Science International* 2007; 171: 11- 14

32. **Rousseau P, Mulanu C, Aunac S.**  
Corps é tranger intragastrique . Une complication rare de la mise en place de sonde gastrique. Annales Franç aises d'Anesthé sieet de Ré animation 2006; 25 : 777-79
33. **ABDERAHIM HATEM .BRULURES CAUSTIQUES.**  
thè se doctorat medcine Tlemcen ALGERIE.2013.page :53
34. **ADDERAK M.**  
Prise en charge des brulures caustiques severes. These doctorat medecine, MARRAKECH , 2014 N° 40.
35. **CHIRICA M.**  
Prise en charge mé dico -chirurgicale des ingestions de caustique du tube digestif haut. Encycl Med Chir, Gastro-enté rologie 2011, 9-200-A-10:11.
36. **AGERD L.**  
Les brû lures caustiques oesogastriques chez l'adulte , à propos de 6 cas Thè se doctorat mé decine, Fè s 2008, n° 89, 189 pages.
37. **CENTRE ANTI POISON MAROC.**  
Toxicologie, N° 27 - 4è me trimestre 2015.
38. **D. Pateron, E Debuc.**  
Prise en charge d'une hémorragie digestive haute dans le cadre de l'urgence. Médecine d'urgence 2005,p.29-39.
39. **D. Pateron**  
Hémorragie digestive aigues : urgences abdominales de l'adulte.  
La revue du praticien-Paris. 2001 ; 55(15) :1675-1681.
40. **L. Chone, M.A. Bigard.**  
Hémorragies digestives hauts et basses Modalités de la prise en charge hospitalière  
Consensus d'actualisation SFAR- Médecine d'urgence 1999
41. **Silvan C ; Borderie C ; Ripault MP ;Beauchant M. ;**  
Hémorragies digestives  
Ency. Méd chir. (ELSEVIER, Paris) Gastroenterologie,[9\_006\_A\_10],1998,p12
42. **Huang CS.**  
Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding.  
Gastroenterol Clin North Am - 01-DEC-2003; 32(4): 1053-78

43. **BOUHNİK Y., NAHON S.,LANDI B.**  
Diagnostic et traitement des saignements digestifs occultes.  
Gastroenterol . Clin. Biol 2000;vol.24,no3,pp. 317–323.
44. **CALES P.,CASTAING D.,GRANGE J.D,LEBREC D.,LEMOINE O et coll.**  
Traitement de l’hypertension portale.  
Gastroenterol. Clin. Biol. 1999,23:353–354.
45. **BouaGGad .A, Alaoui. M, BENAGUIDA. M, ZEROUALI.N.O.**  
Mortalité des ulcères gastroduodénaux hémorragiques traitées en urgence . Lyon Chir.  
1993, 89 :410–3.
46. **Ali Mahamat Moussa et al**  
Profil Clinique , Étiologies et Pronostic des Hémorragies Digestives Hautes à Ndjamena  
(Tchad) , 2017
47. **Gaudong Mbethe G.L.**  
Profil épidémiologique des hémorragies digestives hautes au Gabon  
Medecine et Santé Tropicales 2014 ; 24 : 441–443
48. **Mouni F.Z**  
Les hémorragies digestives hautes aux urgences du chu ibno rochd de casablanca (A  
propos de 50 cas)  
These de doctorat en medecine N°055/11 . Casablanca 2011
49. **El Khalifa A. , Ibn Ghazala F.A**  
Les urgences en endoscopie digestive haute à propos de 319 cas : expérience du CHU de  
Casablanca. Casablanca 2014
50. **Landru J. , Jacob L.**  
Anesthésie–réanimation pour lésions de l’œsophage après ingestion d’un produit  
caustique. EMC, 36– 726–A–10.
51. **D. PATERON**  
Stratégie de prise en charge d’une hémorragie digestive aigues.  
Journal Européen des urgences 2006. 19, p 195–201.
52. **D. PATERON**  
Hémorragie digestive haute dans le cadre de l’urgence.  
Conférence d’actualisation 2002, édition Elsevier, p 659–658

53. **PH. MATHURIN**  
Le syndrome hépatorénal  
Post'U 2005 :121-6.
54. **Conférence de consensus**  
Complications de l'hypertension portale chez l'adulte.  
Gastroenterol Clin Biol 2004; vol 28, p 135-152.
55. **D. DELGADO, D. SAVARY, J. LOUIS, M. COSTE, T. ROUPIOZ, M. GELEZ, A.DEUTSCH, JP. PERFUS**  
La régulation des hémorragies digestives hautes extériorisées.  
Journ eur urg vol 22, N°52, p.A50, jun 2009
56. **J.L. WAUTIER, J.J. CABAUD, J.P. CAZENAVE, P. FIALON, M.-F. FRUCHART**  
Programme en transfusion des étudiants en médecine  
Transfusion Clinique et Biologique. Volume 12, Issue 1, February 2005, Pages 59-69.
57. **H. GOUEZEC, P. JEGOB, P. BETREMIEUX, S. NIMUBONAD, I. GRULOISE**  
Les indications des produits sanguins labiles et la physiologie de la transfusion en médecine  
Transfusion Clinique et Biologique. Volume 12, Issue 2, June 2005, Pages 169-176.
58. **E. HERGON, G. MOUTEL, N. DUCHANGE, L. BELLIER, C. HERVE, P. ROUGER**  
Le principe de précaution appliqué à la transfusion sanguine quel impact sur les pratiques et la gestion des risques ?  
Transfusion Clinique et Biologique. Vol 11, 2004.p : 123-129.
59. **XXIII<sup>ème</sup> conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence**  
Transfusion érythrocytaire en réanimation(nouveau-né exclu) Octobre 2003.
60. **A. M. ALJEBREEN, A. C. FALLONE, MD, FRCPC, A. N. BARKUN.**  
Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding.  
Gastrointestinal Endoscopic 2004; vol 59, p.172-8.
61. **E. DEBUC.**  
Faut-il poser une sonde nasogastrique lors de la prise en charge des hémorragies digestives hautes aiguës ?  
Journal européen des urgences. 2006, 19, p. 202-204.

62. **N. CARBONELL, A. PAUWELS, L. SERFATY, P-Y. BOELLE, L. BECQUEMONT, R. POUPON**  
Erythromycin Infusion Prior to Endoscopy for Acute Upper Gastro intestinal Bleeding: A Randomized, Controlled, Double-Blind Trial. *American Journal of Gastroenterology* 2006. p. 1211-15.
63. **J. L. FROSSARD, L. SPAHR, P. EQUENEAU, E. GIOSTRA, B. BURCKHARDT, et al.**  
Erythromycin Intravenous Bolus Infusion in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Randomized, Controlled, Double-Blind Trial. *GASTROENTEROLOGY* 2002; 123:17-23.
64. **Hunt I, Hartley S, Alwahab Y, Birkill G. J.**  
Aortoesophageal perforation following ingestion of razorblades with massive haemothorax.  
*European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 2007; 31: 946-48
65. **Stirnemann J, Pré vot Ş Letellier E, Rouaghe S, Boukari L. et al.**  
Une arête de poisson mortelle *La Revue de médecine interne* 2006 ; 27 : 561-62
66. **Muranjan M, Bavdekar S, Batra H, Birajdar S, Borwankar S.S.**  
Unusual aero-digestive foreign bodies: Tribulations and tragedies. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2005; 69 : 1269-74
67. **Soprano J. V, Fleisher G. R, Mandl K. D.**  
The spontaneous passage of esophageal coins in children. *Arch pediatr adolesc med* 1999; 153 : 1073-76
68. **Kpé missi È Diparidé A A. R, Ndaké na Ké ssié K**  
Corps étrangers œsophagiens: aperçu étiologique et thérapeutique . Expérience du CHU de Lomé ( Togo). *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 1997; 7, 5 : 338-40
69. **F. Fieux**  
Ingestion de produits caustiques chez l'adulte  
*Réanimation* (2009) 18, 606-616
70. **Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB, Raymond JM, Rudelli A, Dupas JL, et al.**  
Epidemiology and course of acute upper gastro-intestinal haemorrhage in four French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000 Feb;12(2):175-81.
71. **Dicu D, Pop F, Ionescu D, Dicu T.**  
Comparison of risk scoring systems in predicting clinical outcome at upper gastrointestinal bleeding patients in an emergency unit. *Am J Emerg Med.* 2012 Jun;31:94-9.

72. **Cheng-Hsien W, Yu-Wei C, Yui-Rwei Y, Chia-Jung Y, I-Chuan C. A**  
prospective comparison of 3 scoring systems in upper gastrointestinal bleeding. *Am J Emerg Med.* 2013 Jan;31:775–8.
73. **Groupe d'experts, Osman D, Djibré M Silva D, Goulenok C.**  
Prise en charge par le ré animateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant .  
*Ré animation* 2012 Jun 8;21(4):477–92.
74. **Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al.**  
International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010 Jan 19;152(2):101–13.
75. **Gay G, Lesur G, and al.**  
Techniques d'hémostase des ulcères gastriques et duodénaux. *Recomm SFED [Internet].* 2004 Jan; Available from:  
[http://www.sfed.org/documents\\_sfed/files/recommandations/Techniques\\_hemostase\\_v2.pdf](http://www.sfed.org/documents_sfed/files/recommandations/Techniques_hemostase_v2.pdf)
76. **Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA.**  
Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology.* 1992 Jan;102(1):139–48.
77. **Carbonell N.**  
Endoscopie: traitement de l'hypertension portale. *Ann Francaises Med Urgence.* 2012;(2):14–7.
78. **Lo G-H, Chen W-C, Wang H-M, Lin C-K, Chan H-H, Tsai W-L, et al.**  
Low-dose terlipressin plus banding ligation versus low-dose terlipressin alone in the prevention of very early rebleeding of oesophageal varices. *Gut.* 2009 Sep;58(9):1275–80.
79. **VEDRENNE B, ARPURT J.P.**  
Prise en charge endoscopique des corps étrangers ingérés. *Acta Endoscopica* 2005; 35, 2 : 551– 53
80. **Yasser M, Abu-Safieh F.**  
Food and foreign body impaction in upper GI tract. *Gastrointestinal endoscopy* 2004; 59, 5: 242
81. **Sahota A, Shandil R, Barmaki A. R, Salama P, Simpson NI.**  
Foreign body ingestions: Characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population. *Gastrointestinal endoscopy* 2006; 63, 5: 154

82. **Anselmi E. H, San Román C. G, Fontoba J. E. B, González L. A, Dieguez E. V, González J. L, Molla A. R, Viquer C. G. S, Montes J. G, Orts H. C.**  
Intestinal perforation caused by magnetic toys. *Journal of Pediatric Surgery* 2007; 42 : 13-16
83. **Pavlidis T.E, Marakis G. N, Triantafyllou A, Psarras K, Kontoulis T. M, Sakantamis A. K.**  
Management Of ingested foreign bodies: How justifiable is a waiting policy? *The Internet Journal of Surgery* 2007; 9, 1
84. **Selivanov V, Sheldon G. F, Cello J. P, Crass R. A.**  
Management of foreign body ingestion. *Annales Surgery* 1984; 199, 2 :187-91
85. **Zhao-Shen L, Zhen-Xing S, Duo-Wu Z, Guo-Ming X, Ren-Pei W.**  
Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointestinal endoscopy* 2006; 64, 4 : 485-92
86. **Aanoun N.**  
Les corps é trangers de l'œsophage : A propos de 8 cas. *Thèse de médecine* 2004; 292 (faculté de médecine Rabat)
87. **Webb Wa.**  
Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: Update. *Gastrointestinal endoscopy* 1995; 41: 39-51
88. **Kpé missi É Diparidé A. A. R, Ndaké na Ké ssié K**  
Corps é trangers œsophagiens: aperçu étiologique et thérapeutique . Expé rience du CHU de Lomé (Togo). *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 1997; 7, 5 : 338-40
89. **Kamath P, M. Bhojwani K, Prasannaraj T, Abhijith K.**  
Foreign bodies in the aerodigestive tract—a clinical study of cases in the coastal belt of South India. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery* 2006; 27 : 373- 77
90. **Hrabar D, Duvnjak M, Lerotic I, Tomasic V, Supanc V, Bilic B.**  
Gastric foreign body. *Gastrointestinal endoscopy* 2006; 63, 3 : 498-99
91. **Soprano JV, Mandl K. D.**  
Four stratrgies for the management of esophageal coins in children. *Pediatrics* 2001; 107 : 1497

92. **Benjamin C. III D, Douglas L. W, Sedghi S.**  
Ingested foreign-body retrieval: a novel new method. *Gastrointestinal endoscopy* 2007; 65, 1 : 169–71
93. **Karaman A, Ç avuŞođlu YH, Karaman I, Erdođ an D Aslan K. M, Ç akmak Ö**  
Magill forceps technique for removal of safety pins in upper esophagus: a preliminary report. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2004; 68: 1189–91
94. **Guan–Sen N, Qiao Y, Ping Y, Wen–Wen C, Yi–Rong Y.**  
A novel esophageal foreign body ingestion complex. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 2006; 135, 2S : 220
95. **Gigliozzi A, Boschetto S, Giovannone M, Tosoni M, Barberani F.**  
Role of trans–nasal gastroscopy (T–EGD) in clinical management in Ingested foreign bodies. *Gastrointestinal endoscopy* 2006; 63, 5 : 129
96. **BOKO E, SONGNE B, JAMES K.**  
L'hameç on Un corps é tranger inhabituel et vulné rant de l 'hypophrynx. *Mé decine Tropicale* 2000; 60, 4 : 361–62
97. **Rahul A. Nathwani, Suh J, Simpson N, Shaposhnikov R, Chang A, Laine L.**  
Foreign body “bezoar”. *Gastrointestinal endoscopy* 2006; 63, 1 : 150
98. **Golz A, Netzer A, Gordin A, Westerman S. T, Joachims H. Z.**  
Safe extraction of an impacted open safety pin from the esophagus: report of 9 cases. *American Journal of Otolaryngology–Head and Neck Medicine and Surgery* 2006; 27: 413– 417
99. **DODANG G.**  
La fibroscopie bronchique dans les brû lures caustiques des voies aerodigestives . Ré a et Med des urgences. Ed. expansion scientifique, 1989 ; 392–395
100. **FIEUX F.**  
Ingestion de produits caustiques chez l'adulte . *Encycl Med Chir , Ré animation* 2009, 18, 606– 616.
101. **AIDAN K., CATTAN P., CELERIER M.**  
Brû lures caustiques du tractus digestif supérieur .,In : Rambaud J .C. *Traité de Gastroenté rologie* Paris: Flammarion Mé decine–Sciences; 2000: 253–57.
102. **M. CELERIER.**  
Les lé sions caustiques de l'œsophage chez l'adulte.*Ann Chir* 2001 ; 126 : 945 : 949.

- 103. Yung–Hung Chang.Chi–Hsun Hsieh.Chien–Hung Liao**  
The Surgical Strategy in Massive Corrosive Injury in Digestive Tract: Is the Extensive Surgery Appropriate?  
World J Surg . Société Internationale de Chirurgie 2018.
- 104. GOSSELIN B., CARPENTIER F., SERVAIS B. ET VILAIN M.O. :**  
Anatomie pathologique des brûlures caustiques du tube digestif., Med. Chir.Dig. 1984, 13, n°4, p : 245–249
- 105. TADIMI A.**  
Les brûlures du tractus digestif supérieur après ingestion d'esprit de sel : point de vue du chirurgien.  
Thèse doctorat médecine, Casablanca, 1986, n° 231, pages.
- 106. ADERRAK M , A. LOUZI**  
Prise en charge des ingestions caustiques sévères.  
Thèse doctorat médecine, Marrakech, 2014, n° 40, 107 pages.
- 107. EL MOUSSAOUI A.**  
Lésions caustiques du tube digestif supérieur, Thèse de médecine–rabat–1985, n°/220.
- 108. H. Rouvière H**  
Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. L'estomac. 11<sup>ème</sup> édition  
Masson. 1981.
- 109. CELERIER M, GAYET B.**  
Les brûlures par ingestion de caustique  
In: Celerier M, Gayet B, editors. Les traumatismes de l'œsophage. Paris:Arnette–Blackwell; 1995. p.9–64.
- 110. BRETTE M., AIDAN K., HALIMI B. ET AL.**  
Pharyngo–esophagoplasty by right coloplasty for the treatment of post–caustic pharyngo–laryngeal esophageal burns: a report of 13 cases. Ann. Oto–laryngol. Chir. Cervico–fac. 2000; 117 p: 147–54.
- 111. HD. EL IDRISSE, M. KAFIH, M. RIDAI, NO. ZEROUALI.**  
Les brûlures caustiques du tractus digestif supérieur : 0 propos de 349 cas. Lyon Chir 92, 1996 : 148–152.
- 112. NOIRCLERC. M, CHAUVIN. G, JOUGLARD J, GARBE. OIRCLERC. L, ET DICOSTANZO J.**  
Les brûlures du tractus digestif supérieur. EMC., Paris, estomac–intestin, 4–1978, 9200 a–10, p : 1–14

- 113. PEIX. J, BARTH.X, GODARD,J, ET MOTIN,J**  
Les brûlures graves du tractus digestif supérieur par le Destop . Lyon chir. tome 81, n°4, p/241–244 ,1985
- 114. LOSANOFF J., KJOSSEF K.**  
Multivisceral injury after liquid caustic ingestion.Surgery, 1996; 119 : 720.
- 115. SARFATI, P.ASENS, M.CELERIER, R.JADAT, J.DELCROS**  
Conduite à tenir devant lésions digestives après ingestion de caustiques . Sem .hop. 61, n°29, 2122–2129, 1985
- 116. PARIS,J, HOUCKE.PH, LISAMBERT.B, DESURMONT.PH,CANTINEAU.A,ETDESSEAUX.G**  
Brûlures digestives hautes par substances corrosives , réflexions à propos de 25 observations. Med.Chir.Dig.10, p: 97–101.1981
- 117. MORGON. A ET DUBREUIL**  
Les œsophagites corrosives e.m.c. paris, oto–rhino–laryng., 20820.a10.1984, p : 1–10
- 118. SYMBAS.P, VLASIS.S, and HATCHER'S**  
Œsophagitis secondary to ingestion of caustic materiel, Ann.thorac.surg.,usa, 1983, vol.36, n°1
- 119. TRABI. A**  
Les œsophagites corrosives [a propos de 138 cas] revue de la littérature Thèse en médecine– Casablanca–1987, n°241
- 120. PONCET.E, LAVAUD,J, PEYNEGRE.R, RECEVEUR.M ETHADDAD,J**  
Bilan des brûlures œsophagiennes par caustiques chez l'enfant Ann. Oto–rhinolaryng. paris.1979.69, n°3, p: 133–140
- 121. CHAKOR K., DAOUDI A.**  
Atelier de dissection de l'abdomen., Année universitaire2006–2007
- 122. RIBET M., LUGEZ B. ET GOSSELIN B. :**  
Lésions gastro– intestinales secondaires à l'ingestion de caustiqueproblèmesd'urgence , Chirurgie [Paris], 1978, 104, n°7, p: 656–667
- 123. Monat S, Barouk J, Le Rhun M.**  
Prise en charge des corps étrangers du tractus digestif supérieur . Hépatogastro–entérologie 2001; 8, 3 : 179–87

124. **Vagner E. A, Subbotin V. M, Davidov M. I, Repin V. N, Titlianova Z. A, Vorontsov A. P.**  
Surgical policy in gastrointestinal tract foreign bodies. *Khirurgiia* 1999; 5 : 24–28
125. **Nui A, Hirama T, Katsuramaki T, Maeda T, Meguro M, Nagayama M, Matsuno T, Mizumoto T, Hirata K.**  
An intestinal volvulus caused by multiple magnet ingestion: an unexpected risk in children. *Journal of Pediatric Surgery* 2005; 40 : 9–11
126. **Schober W, Erdtmann B, Drews K, et al.**  
Uncommon case of a foreign body ingestion with consecutive small-bowel obstruction in a child. *Eur. J. Pediatr Surg* 2004; 14 : 279–82.
127. **Tupesis J. P, Kaminsk A, Patel H, Howes D.**  
A penny for your thoughts: Small bowel obstruction secondary to coin ingestion. *The Journal of Emergency Medicine* 2004; 27, 3 : 249–52
128. **Kpé missi E, Diparidé A A. R, Ndaké na Ké ssié K**  
Corps é trangers œsophagiens: aperç u étiologique et thérapeutique . Expé rience du CHU de Lomé (Togo). *Cahiers d'é tudes et de recherches francophones / Santé* 1997; 7, 5 : 338–40
129. **Karcher J. C, von Buch C, Waag K. L, Reinshagen K.**  
Gastrobronchial fistula after toothbrush ingestion. *Journal of Pediatric Surgery* 2006; 41: 1768– 70
130. **Vryonis E, Mylona E, Fanourgiakis P, Golfopoulou S, Kalogeropoulos I, Skoutelis A.**  
Migration of a thermometer to the mediastinum. *European journal of Radiology extra* 2007; 62 : 15–17
131. **Shivakumar A. M, Naik A. S, Prashanth K. B, Hongal G. F, Chaturvedy G.**  
Foreign bodies in upper digestive tract. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2006; 58, 1: 63–68
132. **Gupta N. M, Kaman L.**  
Personal management of 57 consecutive patients with esophageal perforation. *The American Journal of Surgery* 2004; 187: 58–63

- 133. Wildhaber B. E, Le Coultre C, Genin B.**  
Ingestion of magnets: innocent in solitude, harmful in groups. *Journal of Pediatric Surgery* 2005; 40 : 33-35
- 134. Newell K. J, Taylor B, Walton J. C, Tweedie E. J.**  
Plastic bread-bag clips in the gastrointestinal tract: report of 5 cases and review of the literature *CMAJ* 2000; 162, 4 : 527 - 29
- 135. Petri N. M, Meš trović J Andrić D Krž elj V Krželj Stipanč ević H**  
Esophagotracheal fistula after lithium disc battery ingestion successfully treated with hyperbaric oxygen therapy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2003; 67: 921 -26
- 136. Wadie G. M, Konefal S. H, Dias M. A, McLaughlin M. R.**  
Cervical spondylodiscitis from an ingested pin: a case report. *Journal of Pediatric Surgery* 2005; 40 : 593-96
- 137. Raval M. V, B Campbell R. T, Duncan Phillips J.**  
Case of the missing penny: Thoracoscopic removal of a mediastinal coin. *Journal of Pediatric Surgery* 2004; 39, 12 : 1758-60
- 138. Yalç in Ş Karnak I, Ciftci A. O, Ş enocak M E.**  
An unusual penetrating injury in an infant: straight-pin migration from the back to the stomach. *Journal of Pediatric surgery* 2006; 41 : 1332- 34
- 139. Silva R. G, Ahluwalia J. P.**  
Asymptomatic esophageal perforation after foreign body ingestion. *Gastrointestinal endoscopy* 2005; 61, 4 : 615-18
- 140. A. LANCELEUR, A. CARIOU, J.F. DHAINAUT, A. HARROIS ET AL**  
Les é tats de choc  
EMC ré animation médicale 2009, chapitre 74
- 141. D. PATERON, J.L.POURRIAT**  
Hé morragies digestives non traumatiques de l'adulte.  
EMC Gastro-enté rologie 2008, 36-726-D-10.
- 142. A. FACON, V. VANLAER, R. GARRIGUE, P. GOLDSTEIN.**  
Hé morragies digestives, Straté gie pré hospitalière, ré gulation et orientation  
Consensus d'actualisation SFAR -Mé decine d'urgence 1999.

- 143. G.THIEFIN**  
Complications gastro-intestinales des anti-inflammatoires non stéroïdiens et de l'aspirine à faible dose  
Gastroentérologie Clinique et Biologique Vol 27, N°5 Mai 2003. p. 498- 510.
- 144. S.NADIR ; R. ISMAIL ; K. KRATI; M. ALYONE; R.ALAOUI; D.JAMIL;A.CHERKAOUI**  
Lésions gastroduodénales et anti-inflammatoires non stéroïdiens  
Maghreb médical n° 332 Janvier 1999, pp : 19-20.
- 145. C.DUHAMEL ; P. CZERNICHOW ; P.DECHELOTTE ; P.DUCROTTE ; E.LERBOURS ; R.COLIN**  
Hémorragies digestives hautes sous anti-inflammatoires.  
Gastroenterol clin biol, 1989 ; 13 ; pp : 239-244.
- 146. P. REVEL**  
Défaillance hépatique en réanimation : expérience du système MARS ».  
Journal de la société de réanimation de langue française . Juin 2006, Vol.15, suppl.2, p 271-274.
- 147. C. FRANCOZ, F. DURANDA**  
Encéphalopathie hépatique: comment optimiser la prise en charge en réanimation.  
Réanimation, Vol.16, Issue 6, October 2007, P. 498-503.
- 148. S. KLAMMT, B. MITZNER, E. MUNZERT, J. LOOK, J. STANGE ET AL.**  
Albumine binding capacity is reduced in commercially available human serum albumin preparations with stabilizers.  
Gastroenterol 2001; vol 39 suppl 2, p 24-7.
- 149. A. BOUGLE, A. HARROIS AND J. DURANTEAU**  
Prise en charge du choc hémorragique en réanimation : principes et pratiques  
Volume 17, Issue 2, March 2008, p 153 - 1
- 150. S. COLLIN, B. LEVY**  
Physiopathologie de l'hyporéactivité vasculaire au cours des états de choc .  
Réanimation, Vol 17, Issue 2, March 2008, p 101-110
- 151. J.STRANGER, S. MITZNER, W. RANLOW, T. GLISCHE et al.**  
A new procedure for the removal of proteinbound drugs and toxins. ASAIO 1993 ; 39 : 621-5.

152. **A.R. EDOUARD, A.C DEGREMONT, J. DURANTEAU, E. PUSSARD, et al.**  
Heterogeneous regional vascular responses to simulated transient hypovolemia in man.  
Int. Care Med. 1994; 20:414–420.
153. **A. LANCELEUR, A. CARIOU, J.F. DHAINAUT, A. HARROIS ET AL**  
Les états de choc  
EMC réanimation médicale 2009, chapitre 74
154. **J.C SCHADT, J. LUDBROOK.**  
Hemodynamic and neurohumoral response to acute hypovolemia in conscious mammals.  
Am J Physiol. 1991; 260:H305–H318
155. **K. ASEHNOUNE, M. PINAUD**  
Actualités sur le choc hémorragique  
Réanimation, Volume 17, Issue 4, June 2008, p. 311–317
156. **N. SIEGENTHALER, R. GIRAUD, V. PIRIOU, J.A. ROMAND, K. BENDJELID**  
Altérations de la microcirculation dans les états de choc: Physiopathologie, surveillance et traitement.  
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Vol 29, Issue 2, February 2010, p 135–144
157. **Stéphane Badel, Gian Dorta, Pierre–Nicolas Carron**  
Hémorragie digestive haute : utilité des scores pronostiques  
Rev Med Suisse 2011; volume 7. 1574–1578
158. **Ben Rejeb A, Gammoudi A, Ben Alaya M.**  
Perforation intestinale par une arrête de poisson , à propos d'une observation avec revue de littérature Annales de Chirurgie 1993; 47, 1 : 68–70
159. **Vincent B, Sliwka N, Compagnon F, Bouvet F.**  
Stratégie de prise en charge des patients ayant volontairement ingéré des lames des rasoirs. A propos de huit cas. Urgences 1997; XVI: 38–41
160. **Reilly J, Thompson J, Macarthur C, Pransky S, Smith M.**  
Pediatric aerodigestive foreign body injuries are complications related to timeliness of diagnosis. Laryngoscope 1997; 107 : 17–20

- 161. Mc Pherson RI, Hill JG, Biemann Othersen H, Tagge EP, Smith CD.**  
Esophageal foreign bodies in children: diagnosis, treatment, and complications. Am. J. Roentgenol 1996; 166: 919-24
- 162. Ngeow WC.**  
Ingested denture. Br Dent J.2001; 191, 8: 418
- 163. Laugel V, Beladdale J, Escande B,Simeoni U.**  
Accidental ingestion of button battery. Arch Pediatr.1999; 6 : 1231-35
- 164. CANARD JM, LETARD JC, PALAZZO L.**  
Endoscopie digestive.  
Paris ; Edition 2006:610
- 165. DUBOST C., CELERIER M., LECLERC J.6P., KASWIN R. ETCHOQUARTP.**  
Les grandes brulures caustiques oeso6gastriques de l'adulte, J.Chir. [Paris], 1976,112, p: 385-408
- 166. ABREGE D'HEPATO-GASTRO-ETROLOGIE**  
Chapitre 31 : Item 290 - Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite  
2ème édition - Partie « Connaissances » - Octobre 2012
- 167. Falandry L, They Y.**  
Corps é trangers intragastrique, à propos d'une observation insolite. J. Chi 1995 ; 32, 1 : 45-48
- 168. H. LAMBERT, J. MANEL, A. BELLOU.**  
Les ingestions de corrosifs.In: Jaeger A., Vale JA. Intoxications aiguës. Amsterdam: Ed Elsevier, p: 333-350. 1999
- 169. AIDAN K., CATTAN P., CELERIER M.**  
Brû lures caustiques du tractus digestif supérieur . In : Rambaud J.C. Traité de Gastro-enté rologie  
Paris: Flammarion Mé decine-Sciences;2000: 253-57.

## أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونُ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ  
وَالْأَحْوَالِ بَادِلَةً وَسَعِي فِي ارْتِقَادِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ  
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.  
وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،  
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.  
وَأَنْ أُوقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ  
الطَّبِّيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالنَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ  
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهِ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا

## حالات الطوارئ في التنظير الهضمي العلوي

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/07/15

من طرف

الآنسة: **خولة العلوي العزي**

المزودة في 23 فبراير 1992

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

### الكلمات الأساسية:

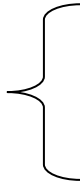
تنظير الجهاز الهضمي العلوي – نزيف الجهاز الهضمي – ابتلاع المواد الحارقة –  
ابتلاع الأجسام الغريبة

### اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



السيدة **خ. الكراطي**

أستاذة في طب الجهاز الهضمي

السيدة **ز. السملاي**

أستاذة في طب الجهاز الهضمي

السيدة **ص. أوباها**

أستاذة في العلاج الفيزيائي

السيد **خ. الرباني**

أستاذ في الجراحة العامة