

Dr REHAMNIA Oussama
Courriel : rehoussama7@gmail.com
Service de chirurgie générale et digestive - CHU Annaba.

HEMORRAGIES DIGESTIVES

Objectifs du cours :

- Savoir diagnostiquer une hémorragie digestive.
 - Identifier les situations d'urgence et planifier leurs prises en charge.
 - Connaître les principales étiologies.
-

Plan du cours :

Introduction

1. Définition

2. Conduite à tenir

2.1 Affirmer le diagnostic d'une hémorragie digestive

2.1.1 Reconnaître l'hémorragie digestive.

2.1.2 Eliminer ce qui n'est pas hémorragie digestive.

2.2. Prise en charge initiale :

2.2.1 Interrogatoire

2.2.2 Examen clinique

2.2.3 Examen para-clinique

2.3. Mesures de réanimation et les 1ers gestes à faire.

2.4. Evaluation de la gravité de l'hémorragie digestive.

3. Enquête étiologique.

3.1. Démarche diagnostic

3.2. Etiologies

3.2.1. Devant une HD haute

3.2.1.1. Ulcère gastro duodéal

3.2.1.2. Hémorragie digestive liée à l'HTP

3.2.1.3. Autres étiologies

3.2.2. Devant une HD basse

3.2.2.1. Principales étiologies coliques

3.2.2.2. Principales étiologies de l'intestin grêle

Conclusion.

INTRODUCTION :

C'est une urgence médico chirurgicale particulièrement grave dont la mortalité est estimée à 10%.

Elle impose toujours une hospitalisation et une prise en charge multidisciplinaire, nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs (gastro-entérologues – réanimateurs – chirurgiens digestif parfois des radiologues interventionnels).

Le pronostic est souvent lié au terrain, l'importance du saignement, à l'âge et aux tares associées.

Les principales étiologies sont la maladie ulcéreuse gastroduodénale et la rupture des varices œsophagiennes pour les hémorragies digestives hautes ; et les néoplasies colo rectale ainsi que les pathologies hémorroïdaires pour les hémorragies basses.

1 / DEFINITION :

Une hémorragie digestive se définit par un saignement, actif ou ayant cédé, dont l'origine se situe dans l'appareil digestif (tube digestif principalement, et exceptionnellement voies biliaires ou pancréatiques).

Elle est dite **haute**, si le saignement provient en amont de **l'angle de TREITZ** (angle duodéno-jéjunal).

Elle se manifeste généralement par **une hématomèse** et/ou **un méléna**, plus rarement une rectorragie si elle est massive ; elle représente 80% des HD

Elle est dite **basse**, si le saignement provient en aval de **l'angle de TREITZ** ; elle se manifeste par **un méléna** et /ou **des rectorragies**.

2 / CONDUITE A TENIR :

2-1 / affirmer le diagnostic d'une hémorragie digestive :

2-1-1 / reconnaître l'hémorragie digestive : (diagnostic positif)

L'Hématémèse correspond au rejet par la bouche au cours de l'effort de vomissement de sang rouge non aéré mêlé d'aliments ; parfois marron ou noirâtres.

Le méléna est l'émission par l'anus de sang noirâtre << noir comme du goudron >> et particulièrement nauséabondes (odeur caractéristique correspondant à du sang digéré).

Les rectorragies (ou hématochésie) correspond à l'émission par l'anus de sang rouge, elle traduit une hémorragie digestive basse dans la majorité des cas, mais peuvent être en rapport avec une hémorragie digestive haute massive.

L'hémorragie digestive peut aussi se manifester par une **Anémie ferriprive**, si le saignement digestif est chronique et de très faible abondance (saignement occulte), ou bien contrairement par un tableau **un malaise** voir **un état de choc** en cas de saignement massif non extériorisé.

2-1-2 / éliminer ce qui n'est pas une hémorragie digestive : (diagnostic différentiel)

- **Ce qui n'est pas du sang :**

Selles colorés par des médicaments (supplément de fer, médicaments contenant du bismuth, charbon activé...)

Ou par des aliments (betterave, réglisse, boudin noir, mûres...)

- **Ce qui n'est pas d'origine digestive :**

Hémoptysie.

Epistaxis.

Hémorragie bucco pharyngée.

Hémorragie génitale ou urinaire.

2-2 / prise en charge initiale.

2-2 -1/ Interrogatoire :

Souvent les patients ou leur entourage, ont tendance à exagérer l'importance du saignement.

De plus, en cas **d'hématémèse**, le sang vomi est généralement mélangé à du liquide gastrique, ce qui conduit logiquement à surestimer l'abondance de l'hémorragie.

La notion de **malaise** doit être systématiquement recherchée car c'est **un signe d'alarme**.

Une **pathologie associée** doit toujours être considérée comme un facteur de mauvais pronostic : cirrhose hépatique cardiopathie ischémique insuffisance rénale chronique, cancer

2-2-2 / examen clinique :

Il faut rechercher des **signes de choc +++++**

- **Une Tachycardie**, le signe le plus précoce.
- Une Hypotension artérielle
- Des Signes périphériques : marbrures cutanées, augmentation de temps de recoloration, froideur des extrémités.
- Oligo-anurie.
- Troubles de la conscience vigilance.
- Polygnée.

2-2-3 / examens para cliniques :

Numération—formule sanguine et plaquettes : à la recherche d'une chute du taux de l'hématocrite et de l'hémoglobine.

Une hémostase : TP, TCA, fibrinogène.

Un bilan pré transfusionnel : groupe sanguin Rhésus RAI.

Un ionogramme sanguin.

Un bilan hépatique : ASAT ALAT GGT Bilirubine totale et conjuguée TP Albumine.

Un bilan rénal : urée, créatinine.

2-3 / les mesures de réanimation :

- **Hospitalisation.**
- **2 voies veineuses périphériques** de bon calibre : pour prélèvement, remplissage vasculaire et transfusion.

Critères de transfusion :

Hb < 7 g/dl chez tout les patients

Hb < 10 g/dl chez le sujet âgé ou en cas de pathologie associée notamment cardiaque / coronarienne

- **Monitoring cardio tensionnel** et de la saturation périphérique.
- **Oxygénothérapie** : sonde nasale ou masque afin de maintenir une saturation **SpO2 > 92%**.
- Une **sonde naso-gastrique** :

Intérêts :

Confirmer l'hémorragie en cas de doute.

Prévenir l'inhalation de sang.

Lavage de l'estomac afin de préparer l'endoscopie digestive haute.

- **Une Sonde urinaire** : quantification de la diurèse pour appréciation de la répercussion de l'hémorragie sur la fonction rénale.

2-4 / Evaluation de la gravité de l'hémorragie digestive :

L'appréciation de la gravité de l'hémorragie digestive est en fonction de :

- La persistance ou non du saignement.
- La persistance ou non des signes de choc
- Par les résultats des bilans biologiques
- Essentiellement par le volume de ou le rythme transfusionnel nécessaire pour maintenir un état circulatoire correct (la limite supérieure est entre 6 et 8 culots globulaires en 24 heures)

Une hémorragie est **dite grave** si le patient présente : **les critères de CAMMOK**

- Des signes d'état de choc se manifestent avec une TA systolique < **80 mm Hg**.
- Une HK < **28%** et une Hb < **8 g/dl** à l'admission.
- Nécessité une transfusion > **1500 ml/ 24h** de sang pour maintenir un état hémodynamique stable.

3 / ENQUETE ETIOLOGIQUE :

3-1 / démarche diagnostic

❖ **interrogatoire** : malade et son entourage

Antécédents de maladie ulcéreuse gastro duodénale connue, Hépatite virale, Hépatopathie (cirrhose hépatique)

Notion de prise de médicaments gastro toxique : aspirine ; les AINS, corticoïdes ou de médicament anti coagulant.

Notion de tabagisme chronique.

La notion d'éthylisme chronique.

La notion d'amaigrissement, d'asthénie et d'anorexie.
Troubles récents du transit ; Douleurs abdominales.

❖ **examen clinique :**

La recherche de notion de faim douloureuse, de pyrosis ; d'épigastrie
Des signes de cirrhose (hépatomégalie ferme, angiomes stellaires, ascite, circulation veineuse collatérale, encéphalopathie hépatique, ictère).
Recherche d'une masse palpable.

❖ **Toucher rectal :**

Recherche une tumeur rectale.
Recherche une lésion anale.
Recherche de signe de carcinose péritonéale.
Au retrait du doigt : une rectorragie ; un méléna.

❖ **Endoscopie gastroduodénale : +++**

Examen clé, il est réalisé dès que l'état hémodynamique est stable dans les 12 heures suivant l'hémorragie.

La fibroscopie a un triple intérêt :

- ♣ Intérêt diagnostique : en précisant la lésion causale et de faire des biopsies.
- ♣ Intérêt pronostique : en évaluant le risque de récurrence hémorragique.
- ♣ Intérêt thérapeutique : par le traitement endoscopique de l'hémorragie surtout pour la FOGD.

❖ **Artériographie coelio-mésentérique :**

- ✓ Indiquée en cas de :
 - ♣ Echec de l'endoscopie avec hémorragie persistante.
 - ♣ Ecoulement de sang par la papille à l'endoscopie, l'artériographie fait la différence entre l'hémobilie et la wirsungorragie.
 - ♣ Suspicion de pathologie vasculaire : fistule aorto-duodénale.

❖ **Laparotomie exploratrice :**

- ✓ Indiquée en cas de :
 - ♣ Bilan précédent négatif.
 - ♣ Hémorragie cataclysmique empêchant toute exploration.

3-2 / les étiologies :

3-2-1 / devant une hémorragie digestive haute :

Les étiologies les plus fréquentes sont la maladie ulcéreuse gastro duodénale et la rupture de varices œsophagiennes liée à une hypertension portale (30%).

3-2-1-1 / ulcère gastro duodéal :

Principale cause des hémorragies digestives hautes (30 à 40 %)
La survenue d'une récurrence hémorragique dans les 3 premiers jours, majore le risque de décès.
L'hémorragie est liée à un saignement muqueux péri-ulcéreux ou à l'érosion d'une artère au fond de l'ulcère.

Le vaisseau responsable est l'artère gastroduodénale pour l'ulcère duodénal, et l'artère coronaire stomachique ou pylorique pour l'ulcère gastrique.

Les facteurs favorisants sont le traitement anticoagulant et les AINS.

❖ **L'endoscopie haute** ; FOGD : examen capital

Permet la visualisation et localisation de l'ulcération responsable du saignement.

Pronostique : grâce à la classification de **FORREST**, qui est corrélée au risque de récurrence hémorragique et de décès

Stade I	Saignement actif	la = saignements en jet	Récidive hémorragique : 90%
		Ib = saignement en nappe (suintement)	Récidive hémorragique : 50%
Stade II	Saignement récent	Ila = lésion vasculaire visible	Récidive hémorragique : 50%
		Ilb = caillot frais	Récidive hémorragique : 30 %
		Ilc = caillot organisé (tache noire)	Récidive hémorragique : 7%
Stade III	Absence de saignement	Cratère propre	Récidive hémorragique < 7%

Tableau 1 : la classification de FORREST

❖ **Le Traitement :**

➤ **Traitement médical :**

- Anti-sécrétoires (anti-H2, IPP) par voie veineuse puis per os.
- Le traitement d'éradication de *Helicobacter pylori* est associé à une diminution de la récurrence.

➤ **Traitement endoscopique :**

- Electrocoagulation monopolaire, bipolaire, au plasma argon.
- Injection d'adrénaline.
- Sclérothérapie par l'alcool ou polidocanol.
- Hémoclip.

➤ **Traitement chirurgical : BUT : Hémostase et traitement de l'ulcère**

• **Ulcère duodénal :**

- ✓ Hémostase par duodénotomie, par ligature de l'ulcère par un point en X ou ligature de l'artère gastroduodénale.

- ✓ Traitement de l'ulcère par : l'intervention de WEINBERG (fermeture de la duodénotomie en pyloroplastie + vagotomie tronculaire bilatérale) ou par gastrectomie partielle d'hémostase emportant l'ulcère quand l'hémostase ne peut être réalisée.

- **Ulcère gastrique :**

- ✓ Gastrectomie emportant l'ulcère.
- ✓ Ulcérectomie avec VTB (vagotomie tronculaire bilatérale) et pyloroplastie si l'ulcère est haut situé sous-cardial.

3-2-1-2 / hémorragie digestive liée à l'HTP : (surtout RVO +++)

L'HTP se définit comme étant une augmentation de la pression dans le territoire porte > 10 mmHg ou un gradient de pression entre la veine porte et la CVI > 5 mmHg.

La principale cause de l'HTP en Europe est la cirrhose alcoolique, en Algérie la cirrhose post-hépatitique.

20 % des hémorragies digestives hautes de l'adulte sont secondaires à une hypertension portale, le plus souvent cirrhotique.

Chez un malade atteint de cirrhose, environ 70 % des hémorragies hautes sont en rapport avec une rupture de varices œsophagiennes ou plus rarement gastriques.

❖ L'endoscopie haute : montre

➤ Rupture de varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires (50 à 60 %) : +++

Le risque de rupture est lié à la taille augmentée des varices (varices stade 3), à la présence de points rouges à leur surface et à l'augmentation du gradient de pression > 12 mmHg (la gravité de l'hépatopathie).

3 critères rattachent l'hémorragie digestive à la rupture :

1. Présence de varices qui saignent en jet ou en nappe.
2. Stigmates de saignement récent : caillot ou clou plaquettaire.
3. Varices isolées sans autres lésions saignantes.

Grade 1	<ul style="list-style-type: none"> • varices s'aplatissant à l'insufflation
Grade 2	<ul style="list-style-type: none"> • varices ne s'aplatissant pas à l'insufflation • avec intervalles de muqueuse saine • occupant moins du tiers de la lumière œsophagienne, • non confluentes.
Grade 3	<ul style="list-style-type: none"> • grosses varices ne s'aplatissant pas à l'insufflation • occupant plus du tiers de la lumière œsophagienne

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• confluentes |
|--|---|

Tableau 2 : **Classification des varices œsophagiennes**

➤ **Gastropathies hypertensives antrales** :

Elles sont regroupées en 2 stades :

- Stade modéré : aspect en mosaïque.
- Stade sévère : macules rouges ou cherry spots et lésions de gastrite hémorragique.

❖ **Le Traitement** : Différentes méthodes sont utilisées

➤ **Traitement médical : (Drogues vasopressines)**: Diminuant la pression portale, efficacité de 50 à 90 %.

- **Vasopressine** : 0.4 UI/mn en perfusion veineuse continue.
- **Telipressine** : 2mg en IV toutes les 4 heures.
- **Somatostatine** : 250 µg/h en perfusion veineuse continue précédé d'un bolus de 250 µg en IV.
- **Octréotide** : 25 µg/h en perfusion veineuse.

➤ **Traitement endoscopique** :

- **Sclérothérapie** :

Entraînant une thrombose des varices par injection de polidocanol 1 à 2 % en intra-variqueux ou en péri-variqueux, la thrombine est utilisée pour les varices gastriques.

- **Ligature élastique.**

➤ **Sondes de tamponnement** :

Comprimant les varices rompues ; Efficacité de 50 à 90 %.

- Sonde de **BLAKEMOOR** : à double ballonnet pour les varices œsophagiennes.
- Sonde de **LINTON NACHLAS** : à un seul ballonnet pour les varices gastriques.

Le risque de récurrence au dégonflage des ballonnets est de 50 %.

➤ **Traitement radiologique** :

- **TIPS (Trans jugular Intra hepatic Porto systemic Shunt).**

Shunt intra-hépatique porto-hépatique par voie percutanée trans-jugulaire par la mise en place de prothèse métallique expansive, larguée entre la veine porte et la veine sus-hépatique.

➤ **Traitement chirurgical** : De mortalité et morbidité élevées en urgence.

- **Dérivations porto-caves** :

- ✓ Anastomose mésentérico-cave de DRAPANAS par greffon veineux.
- ✓ Anastomose spléno-rénale distale : intervention de WARREN.

- ✓ Anastomose coronaro-cave d'INOKUSHI : entre la coronaire stomacique et la VCI.
- **Chirurgie directe des varices :**
Intervention de **SIGIURA** : L'intervention consiste en la transection œsophagienne, la pyloroplastie et la splénectomie. intervention rarement utilisée.

3-2-1-3 / Autres étiologies de l'hémorragie digestive haute :

- ❖ Syndrome de MALLORY – WEISS : Lacérations longitudinales de la jonction œsogastrique intéressant la muqueuse suite à des vomissements ou efforts de vomissement.
- ❖ Œsophagite peptique sur RGO.
- ❖ Ulcération sur hernie hiatale.
- ❖ Gastrite.
- ❖ Ulcère de stress.
- ❖ Tumeurs œsophagiennes, gastriques ou duodénales malignes ou bénignes.
- ❖ Tumeurs de la papille (ampullome).
- ❖ Fistule artério-digestive : primitive ou secondaire à une prothèse aortique (fistule aorto-duodénale).
- ❖ Hémobilie : triade de SAND-BLOOM (douleur abdominale, ictère, hémorragie).

3-2-2 / Devant une hémorragie digestive basse :

Dans environ 80 % des cas, l'hémorragie va cesser spontanément, la lésion responsable siège dans 90 % des cas sur le côlon.

5 à 10 % des hémorragies basses sont en rapport avec une lésion de l'intestin grêle (malformations vasculaires acquises, tumeurs, ulcérations, diverticules).

Le diagnostic est porté par La recto-sigmoïdoscopie et la coloscopie voir une artériographie mésentérique et/ou une TDM abdomino-pelvienne.

Cependant il faut toujours faire une FOGD pour éliminer une hémorragie digestive haute à élimination basse

3-2-2-1 / Principales étiologies coliques :

- Diverticulose colique
- Malformations vasculaires acquises
- Tumeurs bénignes et malignes primitives
- Polypectomie endoscopique
- Colites inflammatoire (RCUH, Crohn), médicamenteuse, infectieuse...
- Causes vasculaires : colite ischémique, rectite radique, fistule aortocolique

- Causes proctologiques : hémorroïdes internes, fissure anale, ulcère solitaire du rectum, lésions traumatiques...
- Tumeurs malignes secondaires
- Causes rares : lésion de Dieulafoy, maladies systémiques, fistule biliodigestive, endométriose, varices coliques et rectales, tumeurs et malformations vasculaires...

3-2-2-2 / principales étiologies de l'intestin grêle :

- Malformations vasculaires acquises
- Ulcérations du grêle (AINS, MICI, Zollinger-Ellison...)
- Tumeurs malignes (lymphomes, carcinoïdes, adénocarcinome, métastases), stromales et bénignes
- Diverticules de Meckel, duodénaux, jéjunaux, iléaux
- Causes rares : fistule aorto-entérique, lésion de Dieulafoy, varices intestinales, maladies systémiques, tumeurs vasculaires, ulcérations infectieuses, etc.

Conclusion :

Les hémorragies digestives constituent dans certains cas une urgence médicochirurgicale nécessitant une collaboration multidisciplinaire étroite entre endoscopiste, chirurgien, réanimateurs et radiologue.

Heureusement, la plupart de ces hémorragies s'arrêtent spontanément, un petit nombre cependant de façon imprévisible met en jeu le pronostic vital par leur abondance, par leur répétition et surtout par l'aggravation des tares préexistantes.

L'hémorragie digestive haute est la plus fréquente et généralement plus grave que l'hémorragie digestive basse et le plus souvent œso-gastrique.