

# Hémorragie digestive aigues

## I. Introduction :

### A. Définitions des HD aigues

L'hémorragie digestive :

- ✚ Un saignement ayant pour point de départ une partie du tube digestif.
- ✚ On décrit : hémorragie digestive haute ou basse selon que leur origine se situe respectivement en amont ou en aval de l'angle duodénojéjunal.
- ✚ Cause fréquente d'admission en médecine intensive-réanimation, en raison :
  - ❖ d'une hémorragie digestive abondante à l'origine d'une instabilité hémodynamique,
  - ❖ Nécessité de surveillance rapprochée devant des comorbidités.
  - ❖ pour encadrer le geste endoscopique dans des conditions sécurisées

## II. Diagnostic d'une hémorragie :

### A. Manifestations cliniques et étiologie

- ✚ Lors d'une hémorragie digestive haute, le saignement survient en amont du ligament de Treitz (œsophage, estomac et duodénum).
- ✚ Lors d'une hémorragie digestive basse, la perte de sang prend son origine en aval du ligament de Treitz (intestin grêle, côlon, rectum et anus).
- ✚ Une hémorragie digestive haute : une hématemèse et/ou du méléna.
- ✚ Une hémorragie mineure peut se manifester par des vomissements ayant une teinte « marc de café ».
- ✚ La rectorragie : le signe d'un saignement digestif bas avec émission de sang rouge et de caillots de sang.
- ✚ L'hématochézie est principalement observée lors de maladie inflammatoire ou de colite aiguë.
- ✚ Une hémorragie digestive haute aiguë et massive peut se manifester :
  - des rectorragies, dans ce cas une instabilité hémodynamique est toujours présente.
  - Des selles méléniques sont rarement observées lors d'hémorragies coliques, notamment lors d'hémorragie mineure chez un patient souffrant de constipation.
- Les hémorragies peuvent être classées dans différentes catégories selon la localisation anatomique et les facteurs pathophysiologiques

### **Hémorragies d'origine haute (hématémèse ou méléna)**

- Ulcères gastroduodénaux (maladie ulcéreuse liée à *Helicobacter pylori*)
- Lésions aiguës de la muqueuse gastroduodénale
  - Ulcérations médicamenteuses: aspirine, AINS
  - Ulcérations de stress
- Hypertension portale: rupture de varices œsophagiennes ou gastriques ou gastropathie
- Syndrome de Mallory-Weiss
- Œsophagites
- Tumeurs bénignes ou malignes œsogastriques

### **Hémorragies d'origine ano-rectale (rectorragies)**

- Hémorroïdes
- Ulcère rectal
- Cancer du rectum
- Rectites inflammatoires (MICI), infectieuses ou actiniques

### **Hémorragies d'origine colique (hématochézie ou méléna)**

- Diverticules
- Angiodysplasies
- Tumeurs bénignes et malignes
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (RCUH > Crohn)
- Colites infectieuses (amibiase, *E. coli* entéro-hémorragique...)
- Colites ischémiques

### **Hémorragies ayant pour origine l'intestin grêle (méléna ou hématochézie)**

- Angiodysplasies
- Tumeurs primitives ou secondaires
- Ulcères médicamenteux (AINS)
- Diverticule de Meckel

## B. Diagnostic

### L'œsogastroduodéno-scopie (OGD) :

l'examen de choix lors d'une hématémèse, d'un méléna ou de rectorragies massives avec instabilité hémodynamique.

Pour les patients stables hémodynamiquement, une OGD effectuée en urgence n'influence pas de manière significative la mortalité à 30 jours, la durée de l'hospitalisation et le taux de resaignement.

Lors d'hémorragie digestive haute sans impact sur l'hémodynamisme du patient, ou sans diminution notable de l'hémoglobine, la prise en charge peut également être ambulatoire.

La colonoscopie est l'investigation de choix lors de rectorragies. En principe, elle est effectuée après une préparation colique.

### III. La prise en charge :

on distingue deux situations :

1. Patient stable cliniquement, avec une fréquence cardiaque normale, sans saignement actif, sans forte déglobulisation et sans comorbidité majeure : la prise en charge habituelle se fait en service conventionnel, idéalement en hépato-gastro-entérologie devant l'absence de surveillance scopée obligatoire.
2. Patient tachycarde, présentant un saignement actif/abondant ou présentant des comorbidités, ou patient en état de choc :

- appel du réanimateur ;
- transfert en milieu adapté (soins intensifs ou réanimation) ;
- surveillance scopée ;
- disposer de deux voies veineuses périphériques ;
- bilan biologique d'urgence (comprenant notamment le taux d'hémoglobine et le bilan d'hémostase) ;
- arrêt  $\pm$  antagonisation d'un traitement anticoagulant ;
- arrêt du traitement antiagrégant à discuter avec les cardiologues si stent récent (moins d'un mois) ;
- restaurer une hémodynamique correcte :
  - remplissage vasculaire par cristalloïdes (principalement NaCl 0,9 %) (la priorité est de ramener du sang et de ne pas trop hémodiluer le patient avec un soluté de remplissage ne permettant pas le transport de l'oxygène) ;
  - transfusion de culots globulaires en urgence vitale : il n'existe pas de seuil fixé indiquant

la transfusion en urgence ; dépend pour beaucoup de la tolérance du patient et de la cinétique d'installation de la déglobulisation.

- on peut transfuser en urgence un patient ayant 11 g/dl d'hémoglobine si une heure avant il avait 15 g/dl par exemple ;
- cependant, les objectifs sont d'obtenir :
  - une fréquence cardiaque inférieure à 100 bpm ;
  - une hémoglobine entre 7 et 9 g/dl (supérieure à 9 g/dl en cas de maladie cardiorespiratoire ou de signes de choc) ;
  - une diurèse supérieure à 30 ml/h ;
  - une PAM > 65 mmHg.

Ensuite :

- initier un traitement par inhibiteur de la pompe à proton (IPP)  $\pm$  octréotide (analogue de la somatostatine, ) ;
- penser à initier une antibioprophylaxie (par céphalosporine de troisième génération ou fluoroquinolone) en cas d'hémorragie digestive chez un patient cirrhotique (risque majeur

d'infection du liquide d'ascite par translocation bactérienne dans cette situation,

### C. Examens complémentaires en urgence :

Le bilan biologique de base comprendra systématiquement :

- numération-formule sanguine ( la phase initiale d'un choc hémorragique une hémoglobinémie normale n'a que peu de valeur) ;
- ionogramme sanguin avec calcémie ;
- bilan d'hémostase : TP et TCA ± INR si le patient est sous antivitamine K, ou anti-Xa s'il est sous héparine non fractionnée ou anticoagulant oral direct ;
- deux déterminations du groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) en prévision d'une potentielle transfusion

### D. Endoscopie

- Une hémorragie digestive impose une exploration endoscopique.
- Dans la majeure partie des cas (méléna, hématomèse mais aussi hématochézie abondante) une origine haute doit être suspectée et imposera la réalisation d'une endoscopie œsogastroduodénale (EOGD). Elle sera complétée par une coloscopie s'il n'a pas été retrouvé de cause haute.
  - Ces deux examens apporteront le diagnostic étiologique dans 95 % des cas.
  - L'intérêt de l'endoscopie est triple : diagnostique, pronostique dans certains cas (ulcère, varice œsophagienne), thérapeutique.
  - L'EOGD doit être réalisée dans les délais suivants :

### En urgence :

- Une fois le patient stabilisé au plan hémodynamique (afin de supporter la fibroscopie et l'anesthésie qui sera pratiquée pour ce geste), lorsqu'une hémorragie haute active est suspectée.
- Chez un patient stable mais dont l'abondance des rectorragies et/ou les comorbidités peuvent faire suspecter une décompensation rapide (saignement actif sous anticoagulation curative, par exemple).
- En cas de rectorragies/hématochézies sévères.

en cas de rectorragies sévères, un angioscanner abdominopelvien doit être réalisé en urgence, si l'EOGD n'est pas rapidement disponible et/ou si une fistule aortodigestive est suspectée (notamment chez les patients avec antécédents de chirurgie de l'aorte abdominale).

### En semi-urgence :

Dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient suspect d'hémorragie digestive haute chez un patient stable et/ou non à risque.

Ce délai est raccourci à 12 lorsque l'origine suspectée de l'hémorragie digestive haute est une rupture de varices œsophagiennes (patient cirrhotique ou avec antécédents connus de varices œsophagiennes, par exemple) .

- La Prise en charge endoscopique :

L'endoscopie :

Thérapeutique ; le diagnostic positif et l'évaluation pronostique ; la réalisation d'un geste d'hémostase.

Différentes méthodes permettent de réaliser l'hémostase :

- méthodes pharmacologiques : l'injection de sérum adrénaliné sur la zone qui saigne permet via une vasoconstriction locale, d'amender le saignement ;
- méthodes mécaniques : pose de clip, ligature de varice... ;
- méthodes thermiques : électrocoagulation mono- ou bipolaire.

### IV. CONCLUSION :

- En cas d'hémorragie massive La tachycardie reste le meilleur signe à surveiller.
- Attention au patient sous bêtabloquants chez qui la tachycardie peut être masquée( par exemple chez l'insuffisant cardiaque chronique ou en prévention d'une rupture de varice œsophagienne chez un cirrhotique connu).
- Il faut systématiquement rechercher les facteurs favorisants et les corriger dès que possible (prise d'AINS, d'anticoagulant...).
- Penser à prescrire une antibioprofylaxie en prévention de l'infection du liquide d'ascite chez le cirrhotique présentant une hémorragie digestive.
- Des rectorragies peuvent être le simple fait d'une pathologie hémorroïdaire.
- il ne faut pas méconnaître une cause sus-jacente chez un patient souffrant d'une pathologie hémorroïdaire connue (une coloscopie sera indispensable pour éliminer une cause tumorale) .

## Cas clinique 01 :

-Monsieur H , 48 ans, consulte aux urgences pour épigastralgies gênantes depuis quelques jours.

- Il vous informe que les douleurs cessent après un bon repas et qu'il ne consomme de l'alcool qu'occasionnellement.

-Déménageur, il se plaint d'un lumbago invalidant pour lequel il dit prendre de lui-même un traitement efficace.

- Suite à un syndrome coronarien aigu il y a environ 7 mois, le patient est porteur d'un stent.

Son traitement comporte Kardégic® (acide acétylsalicylique), Plavix® (clopidogrel), Tenormine® (aténolol), Tahor® (atorvastatine) et Triatec® (ramipril).

-À l'interrogatoire : le patient décrit une douleur épigastrique sans irradiation et qui ne ressemble pas à celle de son infarctus récent. Il dit aussi avoir vomi un peu de sang la veille.

Alors que vous débutez votre examen clinique, le patient présente une hématurie importante avec dégradation rapide de son état général au décours.

L'examen clinique objective :

-une légère pâleur cutanéomuqueuse.

-La température est de 37,3 °C.

- Le patient est calme, cohérent et orienté.

- L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité.

- La palpation épigastrique est sensible.

- La palpation abdominale douloureuse mais sans défense.

-L'hémodynamique est instable avec une pression artérielle qui chute rapidement à 85/55 mmHg pour une fréquence cardiaque à 84 bpm. La SpO2 est à 93 % en air ambiant, mais le patient est tachypnéique à 26 cycles/min.

- Vous notez la présence de quelques marbrures des genoux.

La prise en charge immédiate du patient consiste :

- à la mise en place d'une oxygénothérapie pour un objectif de SpO2 > 95 % .

-la pose de deux voies veineuses périphériques.

-Le patient est scopé.

-Les examens complémentaires réalisés immédiatement sont :

- une gazométrie artérielle (sous 4 litres/min d'oxygénothérapie aux lunettes) :

pH = 7,32, PaO2= 67 mmHg, PaCO2 = 28 mmHg, lactate = 3,8 mmol/l, HCO3= 20 mmol/l ;

- une radiographie thoracique : sans particularité.

- Un ECG (tachycardie sinusale sans autre anomalie)

- Un bilan biologique (NFS, plaquettes, bilan de coagulation, groupe, Rhésus, RAI) dans un deuxième temps.

Le diagnostic étiologique retenu : de ce choc hypovolémique est un choc hémorragique sur hémorragie digestive haute sur

probable ulcère gastroduodéal.

La réflexion étiologique est la suivante :

- pas d'argument en faveur d'un diagnostic différentiel comme une hémoptysie ou une épistaxis déglutie,
- pas d'argument pour un autre type de choc,
- pas d'argument en faveur d'une hépatopathie sous-jacente.
- Il existe par contre des arguments anamnestiques et cliniques en faveur d'un ulcère digestif : caractérisation de la douleur épigastrique, bi-antiagrégation plaquettaire, probable automédication par AINS.

La prise en charge finale du patient consistera en :

- › un transfert en réanimation devant la présence de signes de gravité ;
- › une intubation orotrachéale devant cet état de choc pour protection des voies aériennes supérieures et pour réalisation d'une gastroscopie dans des conditions optimales ;
- › un remplissage par cristalloïdes le temps de recevoir les produits sanguins ;
- › une transfusion de produits sanguins labiles (culots globulaires, éventuellement plasma faire congelé et plaquettes) pour augmenter le taux d'hémoglobine et optimiser l'hémostase ;
- › l'arrêt du traitement antihypertenseur par bêtabloquant (aténolol) qui risque de majorer l'hypotension, IEC (ramipril) qui risque de majorer une potentielle insuffisance rénale aiguë fonctionnelle secondaire au choc hémorragique ;
- › la réalisation d'une gastroscopie dans les plus brefs délais après stabilisation de l'état de choc du patient de manière à réaliser l'hémostase ;
- › la gestion des antiagrégants plaquettaires sera à discuter secondairement.

**B.** L'hémoptysie :

- ❖ l'expectoration de sang provenant des voies respiratoires sousglottiques lors d'un effort de toux.
- ❖ A distinguer de : l'hématémèse (origine digestive lors d'un effort de vomissement) et l'épistaxis (voies aériennes sus-glottiques).
- ❖ Ce symptôme justifie une prise en charge étiologique rapide, quelle que soit son abondance.
- ❖ une hémoptysie même minime est un signe d'alerte qui peut précéder une récurrence massive.

- ❖ C'est l'asphyxie qui menace la vie du patient, la perte sanguine étant rarement suffisante pour entraîner un état de choc hémorragique.
- ❖ La gravité de l'hémoptyisie est évaluée par le volume de sang expectoré, le terrain du patient et le retentissement clinique.
- ❖ La prise en charge est multidisciplinaire, mêlant réanimateur, pneumologue, radiologue interventionnel et chirurgien selon l'étiologie et la gravité du tableau.

### Quels sont les signes de gravité d'une hémoptyisie ?

il faut évaluer son volume, son retentissement clinique et le terrain sous-jacent.

L'interrogatoire du patient et de son entourage est donc primordial, ainsi qu'une évaluation clinique orientée :

- volume de sang expectoré est donc un critère de gravité primordial, (1 cuillère à café = 5 ml, 1 crachoir = 150 ml, 1 « haricot » = 300 ml).

On parle d'hémoptyisie grave en cas de volume de sang expectoré :

- > 100 ml en une fois ;
- > 200 ml/24 heures chez le sujet sain ou > 50 ml/24 heures chez l'insuffisant respiratoire chronique ;
- récidivant, > 600 ml/48 heures ;
- terrain sous-jacent : les comorbidités respiratoires notamment (dilatation des bronches, antécédents de chirurgie thoracique pulmonaire) ; les antécédents cardiovasculaires (cardiopathie ischémique) qui peuvent justifier le maintien d'un traitement anticoagulant ou antithrombotique.
- retentissement clinique : la présence de signes cliniques de détresse respiratoire est un critère de gravité extrême.

le pronostic vital de l'hémoptyisie est surtout lié à

l'asphyxie provoquée par l'obstruction bronchique ou l'inondation alvéolaire.

les signes cliniques de gravité respiratoire sont :

- fréquence respiratoire > 30 cycles/min ;
- SpO<sub>2</sub> < 85 % en air ambiant ;
- nécessité de recours à une oxygénothérapie à haut débit ou à la ventilation mécanique.

-Le retentissement hémodynamique du saignement est exceptionnel et tardif ; l'absence d'état de choc hémorragique ou d'anémie est donc faussement rassurante. La présence de signe de gravité doit faire alerter le réanimateur .

### Cas clinique 02 :

- ✓ Monsieur T. B âge de 71 ans, est pris en charge par les pompiers et amené aux urgences après avoir extériorisé du sang par la bouche lors d'un effort de toux.
- ✓ Monsieur B. rapporte avoir été traité dans sa jeunesse pour une maladie pulmonaire avec des antibiotiques ;
- ✓ il est également hypertendu et diabétique de type 2.

- ✓ Il se plaint régulièrement de toux et d'expectorations pour lesquels il a déjà reçu des traitements antibiotiques.
- ✓ Son traitement habituel comprend de l'hydrochlorothiazide, de l'aténolol et de la metformine.
- ✓ Le patient est tabagique actif avec une consommation estimée à 50 paquets-années.
- ✓ L'anamnèse :
  - une exacerbation des symptômes bronchiques depuis une semaine, une majoration de la toux.
  - Lors d'un effort de toux ce matin, il a expectoré une petite quantité de sang en filet, moins d'une cuillère à café.
  - Une nouvelle expectoration de sang rouge vif est survenue dans l'après-midi, plus grande quantité, environ un demi-verre, motivant l'appel des pompiers.
- ✓ Il n'y a pas de notion de vomissements.
- ✓ À la prise en charge, le patient a désaturé, avec une SpO<sub>2</sub> mesurée à 85 % en air ambiant, modérément corrigée par 5 litres/min d'oxygène aux lunettes.
- ✓ À son arrivée aux urgences, son examen clinique est le suivant :
  - Paramètres vitaux : PAS 135 mmHg, PAD 74 mmHg, FC 110 bpm, FR 25 cycles/min, SpO<sub>2</sub> 90 % sous 5 litres/min aux lunettes à oxygène, pas de signe de détresse respiratoire aiguë, vigilance normale (score de Glasgow 15), température 37,9 °C.

le diagnostic :

- hémoptysie sous réserve que l'examen physique approfondie pour élimine un diagnostic différentiel.
  - On retrouve des signes de gravité immédiate avec la récurrence précoce de l'hémoptysie, son abondance chez un patient bronchopathe
  - une hypoxémie.
  - Examen physique : état général conservé, pas de signe de défaillance hémodynamique (pas de marbrure, extrémités chaudes, temps de recoloration < 3 secondes).
    - L'examen ORL ne montre pas d'épistaxis, y compris postérieur.
    - L'examen thoracique met en évidence une diminution du murmure vésiculaire à l'apex droit associée à des crépitations évoquant un syndrome condensant.
- Les autres champs sont normaux ; il n'y a pas de sibilants. En dehors de la désaturation, il n'y a pas d'autres signes d'insuffisance respiratoire aiguë ou de détresse (pas de tirage, pas de signe d'hypercapnie, pas de cyanose).
- L'examen clinique est normal par ailleurs ; il n'y a pas d'anomalie abdominale ou neurologique.
    - On identifie ici un syndrome condensant localisé à l'apex droit.
    - L'examen clinique, en plus de l'anamnèse, permet de confirmer le diagnostic d'hémoptysie.
    - Vous faites le diagnostic d'hémoptysie avec critères de gravité.

- Devant les antécédents du patient, vous évoquez les causes les plus fréquentes qui sont une tumeur bronchique, une tuberculose séquellaire, un aspergillome ou une pneumonie nécrosante.
- Le tableau clinique n'est pas évocateur d'œdème aigu du poumon.
- Vous demandez à l'IDE de prélever un premier bilan immédiat avant de faire faire une radiographie.
- Vous majorez également l'oxygénothérapie en mettant en place un masque avec 10 litres/min d'oxygène.
- Vous monitoriez également les paramètres vitaux du patient.
- Les examens complémentaires réalisés immédiatement sont :

› une gazométrie artérielle sous 5 litres/min d'oxygène aux lunettes : pH = 7,35, PaCO<sub>2</sub> = 33 mmHg, PaO<sub>2</sub> = 65 mmHg, HCO<sub>3</sub> = 23 mmol/l, SaO<sub>2</sub> = 88 %, lactates = 1,8 mmol/l.

On observe donc une hypoxémie dont le mécanisme est un effet shunt.

Il y a également une légère acidose métabolique sans acidémie ;

› une radiographie thoracique : distension thoracique, pas d'anomalie pleurale, pas d'épanchement, pas d'anomalie médiastinale, mais présence d'une excavation apicale droite pouvant évoquer une caverne ;

› un bilan biologique : Hb 11,5 g/dl, plaquettes 160 G/l, leucocytes 11 G/l, TP 90 %, TCA 1,05, fibrinogène 4 g/l, Na 139 mmol/l, K 4,3 mmol/l, Cl 104 mmol/l, créatininémie 82 µmol/l, urée 4 mmol/l.

On retrouve donc une anémie légère non connue auparavant.

On réalise également un groupage sanguin et la recherche de RAI ;

› un angioscanner thoracique demandé après visualisation de la radiographie thoracique: caverne de l'apex droit excavée à contenu aérique, à paroi épaisse, d'allure ancienne. À l'intérieur de cette caverne se trouve un nodule formant un grelot appendu à la caverne.

Le diagnostic retenu est donc une hémoptysie sur érosion d'une artère bronchique liée à une caverne ancienne probablement séquellaire d'une tuberculose et compliquée d'un probable aspergillome chronique cavitare.

La prise en charge finale du patient consistera en :

- › transfert en unité de soins critiques ;
- › poursuite de l'oxygénothérapie et monitoring des paramètres vitaux ;
- › Mettre le patient en décubitus latéral droit pour éviter l'inondation bronchique gauche ;
- › pas de traitement vasoconstricteur en urgence devant

L'absence de saignement actif cliniquement ;  
> discussion d'une artério-embolisation broncho-systémique permettant de temporiser un traitement chirurgical .