

*REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOSTEFA BENBOULAIID BATNA 2
FACULTE DE MEDECINE*



HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Module : GASTRO-ENTEROLOGIE

Dr.Amel.GUEZZI

Année Universitaire 2020-2021

I.INTRODUCTION : 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).

On distingue les hémorragies digestives hautes, dont l'origine se situe en amont de l'angle duodénojéjunal, des hémorragies digestives basses dont l'origine est en aval.

Les hémorragies digestives aiguës restent l'une des grandes urgences en hépato - gastroentérologie, et un motif d'admission fréquent et grave en milieu de réanimation pouvant mettre en jeu le pronostic vital par son abondance, sa répétition ou sa fréquence. C'est un symptôme dont les étiologies sont multiples, fréquente

Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire, associant au minimum l'urgentiste et le gastro-entérologue, parfois le radiologue, l'anesthésiste, le chirurgien ou le réanimateur.

II.SEMIOLOGIE :

1.Hématémèse : est une hémorragie extériorisée par vomissements. Elle est le signe d'une hémorragie digestive haute.

2.Méléna (ou mëlæna) est l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide. L'origine de l'hémorragie est alors en règle générale située en amont de l'angle colique droit.

3.Rectorragie est l'émission par l'anus de sang rouge vif non digéré. Elle est en règle générale le signe d'une hémorragie digestive basse. Mais d'un point de vue étymologique, l'usage du terme rectorragie devrait être restreint aux saignements d'origine rectale.

Le terme « hématochézie » est approprié, mais peu utilisé, il désigne un saignement rouge issu de l'anus, fait de sang non digéré et accompagné de selles. L'hématochézie caractérise les hémorragies digestives basses, mais peut également se voir dans les hémorragies digestives hautes abondantes.

4.Saignement d'origine anale : Il s'agit de l'émission de sang rouge, le plus souvent au décours immédiat d'un épisode défécatoire, habituellement non mélangé aux matières. Il peut se manifester aussi par du sang tachant le papier hygiénique. Suivant la cause, une douleur au passage des selles peut ou non y être associée.

5.Hémorragie occulte révélée par: Recherche de sang dans les selles (Hemoccult*) positive
Anémie microcytaire -Carence martiale

6.Saignement massif sans extériorisation : Généralement une hémorragie artérielle. Cette présentation clinique est très grave. Elle correspond à un tableau de choc hémorragique dépisté par sonde gastrique et/ou toucher rectal. Le plus souvent c'est issu du tractus supérieur avec un retentissement important, malgré l'absence d'extériorisation dans les premières heures.

III. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :

Epistaxis déglutti,

Hémoptyisie,

Hémorragie de la muqueuse buccale,

Vomissements fécaloïdes,

Aliments ou boisson colorés,

Supplémentassions en fer, ou charbon

Saignement gynécologique chez la femme.

IV. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : La première étape du diagnostic étiologique consiste à localiser la lésion par rapport à l'angle de Treitz en fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. En fait, en pratique clinique, la situation la plus simple est l'hématémèse qui signe toujours une lésion haute. Une rectorragie peu abondante et isolée est le plus souvent d'origine basse.

A l'interrogatoire : rechercher une prise d'AINS, d'AVK, une consommation de tabac, d'alcool, un stress, une notion d'hépatite.

Devant des douleurs épigastriques anciennes, une prise d'AINS ou d'aspirine, l'origine ulcéreuse est évoquée.

Un traitement par bêta-bloquant, un éthylysme avoué, une cirrhose connue d'autre origine, orientent vers une hémorragie par rupture de varices oesophagiennes ou sur gastrite.

S'il s'agit d'un patient âgé, qu'il existe une altération de l'état général on évoque alors un processus néoplasique, une complication vasculaire.

A l'examen il y a des signes d'hypertension portale ou d'insuffisance hépato-cellulaire : angiomes stellaires, circulation collatérale, hépatosplénomégalie, ascite, ictère... penser plutôt à une hémorragie par rupture de varices oesophagiennes, une gastropathie du cirrhotique. L'examen est pauvre ou il y a une vague gêne épigastrique : évoquer une autre cause.

Biologie: NFS en urgence, hématicrite, hémoglobine, volume globulaire, plaquettes, TP Créatinine / ionogramme.

Bilan radiologique : Radiographie thoracique : (inhalation ? Cardiopathie ?...)

ASP (occlusion ?, perforation ?)

Le *CT-abdominal multidétecteur* est utilisé lorsqu'une source d'hémorragie tumorale au niveau de l'intestin grêle est suspectée

L'*angio-CT* est également utilisé si la source de l'hémorragie n'est pas détectée par endoscopie.

L'*angiographie* sélective coéliqua mésentérique peut être utile en cas de saignement avec instabilité hémodynamique, après échec de l'identification de la source d'hémorragie par endoscopie ou après échec d'un traitement endoscopique d'une lésion connue.

L'artériographie sélective avec embolisation a montré ses bénéfices surtout si l'on utilise les tests de provocation par anticoagulation ou antiagrégation

La *scintigraphie aux globules rouges* marqués au technétium 99m décèle une source d'hémorragie chez 44% à 68% des patients si le saignement persiste et que le débit de saignement est > 0,3 ml/min. La performance peut être augmentée par les tests de provocation

La *scintigraphie au technétium pertechnétate* est utilisée lorsqu'un diverticule de Meckel est suspecté d'être à l'origine de l'hémorragie digestive.

Endoscopie :

-FOGD : examen clé « gold standard » diagnostic. Doit être réalisée par un endoscopiste habitué à l'urgence, après rétablissement de l'état hémodynamique; 12 à 24 premières heures : rentabilité Dc 75-90%, Après 48 heures : son efficacité Dc diminue de 50%.

Elle permet de :- identifier la ou les lésions à l'origine du saignement

- Évalue le risque de récurrence hémorragique - Pratiqué un geste d'hémostase endoscopique

-Duodénoscopie latérale : Elle est indiquée lorsqu'on suspecte une hémobilie ou une wirsungorragie qui sont en fait des causes rares d'hémorragie digestive haute extériorisées par la papille

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

La vidéo-capsule endoscopique (VCE) est un examen peu invasif, permettant d'établir un diagnostic chez 38% à 87% des patients, notamment lors d'hémorragie active, si elle est effectuée aussitôt après ou pendant l'épisode aigu.

L'entéroscopie à double ballon (EDB) : Il s'agit d'un endoscope particulier muni d'un surtube avec à l'extrémité des ballons gonflables qui permettent la progression de cet endoscope dans l'intestin grêle. Le principe consiste à raccourcir l'intestin grêle sur le surtube dont est muni l'entéroscope, ces deux éléments étant par ailleurs équipés, à leurs extrémités distales, de ballons en latex, elle permet de visualiser tout l'intestin grêle chez 40% à 70% des patients si on la combine avec une approche orale et anale. L'EDB a l'avantage de permettre le prélèvement de biopsies, ainsi que de traiter des lésions hémorragiques.

La panentéroscopie intraopératoire est utilisée si les lésions de l'intestin grêle ne sont pas atteignables par l'EDB ou si celle-ci n'est pas disponible, L'entéroscopie totale est effectuée, soit après entérotomie soit plus récemment par voie per-orale à l'aide de vidéo-entéroscope. Une source hémorragique n'est pas identifiée après une première OGD et une colonoscopie chez environ 5% des patients. Si les conditions pour l'endoscopie ne sont pas idéales, l'OGD et la colonoscopie doivent être répétées après une meilleure préparation.

A. HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE :

1. Ulcères gastro-duodénaux: Ils représentent la première cause d'hémorragie digestive. Les facteurs le plus souvent associés à leur survenue sont : la prise AINS et l'infection gastrique par la bactérie *Helicobacter pylori*. L'hémorragie peut compliquer un ulcère déjà connu ou bien être révélatrice de la maladie. Elle est favorisée par la prise de médicaments modifiant l'hémostase

Classification de Forrest			
Aspect de l'ulcère			Risques de récurrence hémorragique
Type I : Saignement actif	Ia :	hémorragie en jet	55 %
	Ib :	suintement diffus (en nappe)	
Type II : Signes de saignement récent	IIa :	vaisseau visible ne saignant plus	40 %
	IIb :	caillot adhérent	20 %
	IIc :	taches pigmentées	10 %
Type III : Pas de signe de saignement récent	III :	cratère à fond propre	5 %

2. La rupture de varices œsophagiennes ou gastriques représente 70 à 80% des causes d'hémorragies du cirrhotique. L'hypertension portale est due le plus souvent due à une cirrhose post hépatitique qu'alcoolique. Il existe un saignement actif, ou un caillot adhérent au niveau des varices de l'œsophage, du cardia ou de la grosse tubérosité de l'estomac.

3. Syndrome de Mallory-Weiss : déchirure de la muqueuse œsophagienne sous forme d'une ulcération longitudinale lors de vomissements répétés.

4. L'ulcère de Dieulafoy est une lésion hémorragique de la muqueuse gastrique résulte de la hernie d'une artériole à travers une petite zone de muqueuse gastrique déficiente

5. L'œsophagite peptique, la hernie hiatale, les tumeurs malignes (5 à 8%), les gastrites, duodénites, les anomalies vasculaires, les fistules aorto-digestives sont des causes moins fréquentes.

6. Hémobilies : Il s'agit d'hémorragies qui s'extériorisent dans les voies biliaires puis dans le tube digestif. Elles peuvent compliquer un traumatisme hépatique, une biopsie hépatique, un carcinome hépatocellulaire, un abcès du foie, une lithiase biliaire, un anévrisme de l'artère hépatique ou cystique.

7. Wirsungorragies : Il s'agit d'hémorragies qui s'extériorisent dans les voies pancréatiques, puis dans le tube digestif. Elles peuvent être dues à un faux kyste hémorragique communiquant avec le canal de Wirsung ou un anévrisme de l'artère splénique rompu dans ce canal. La présentation est caractéristique : douleur solaire, hémorragie digestive, augmentation de la lipasémie.

B. HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE :

1. Diverticules coliques : Leur diagnostic est difficile. À moins de constater une hémorragie active à partir d'un collet diverticulaire au cours d'une coloscopie en urgence, il s'agit souvent d'un diagnostic d'élimination.

2. Cancer colique : Il est le plus souvent à l'origine de saignements minimes. Cependant, dans certaines séries d'hémorragies digestives basses abondantes, les tumeurs coliques ont pu représenter 10 à 20 % des étiologies.

3. Polype colique : Le saignement est souvent occulte (révélé par une anémie chronique sans que le patient n'ait observé de saignement extériorisé).

Le sang peut être mélangé à la selle ou simplement la striée. La rectorragie peut survenir en dehors de la selle, notamment quand elle s'intègre dans un syndrome rectal.

L'examen endoscopique du côlon assure le diagnostic.

4. MICI (Crohn et RCH) : sont deux maladies intestinales provoquées par l'inflammation chronique des muqueuses. A la différence près que la rectocolite hémorragique affecte exclusivement l'extrémité distale du tube digestif, le rectum et souvent le côlon, en une atteinte inflammatoire continue de la muqueuse. La plupart du temps, les lésions sont aggravées par les poussées successives, augmentant le risque de complications telles que l'hémorragie

5. Hémorroïde : Il s'agit de rectorragies minimes qui suivent la selle, de sang rouge vif (sans caillot) éclaboussant la cuvette ou tachant le papier hygiénique, cédant en quelques minutes. Elles sont en général indolores ou s'accompagnent d'une gêne anale.

6. Fissure anale : Il s'agit de rectorragies minimes, tachant le papier, aléatoires, associées au syndrome fissuraire ou douleur en trois temps (douleur au passage de la selle – disparition de la douleur – qui réapparaît ensuite), souvent associées à une constipation et une hypertonie du sphincter anal.

7. Colites infectieuses, ischémique, rectites radiques : Toutes les colites peuvent entraîner un saignement digestif. Les lésions radiques (particulièrement les rectites) peuvent être responsables de saignements récidivants.

8. Ulcérations traumatiques rectales : Les ulcérations thermométriques.

9. Saignement provenant de l'intestin grêle : Beaucoup plus rare (environ 5 % des hémorragies digestives), les causes principales sont : angiodysplasies ; tumeurs ; diverticule de Meckel ; ulcérations (favorisées par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens).

V.CONDUITE THERAPEUTIQUE :

A. Activité de l'hémorragie :

- Evolution des lavages gastriques (toutes les ½ heures)
- Evolution des paramètres hémodynamique : pouls, TA
- Evolution des paramètres biologiques : Hématocrite, Hémoglobine

B. APPRECIATION DE LA GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

Abondance de l'hémorragie massive, minime saignement chronique occulte

Signes associés: malaise lipothymique pâleur cutanéomuqueuse.

Signes de choc: Tachycardie = 1er signe de choc hémorragique, Hypotension, Soif,

Dyspnée/douleur thoracique, Instabilité tensionnelle.

Terrain: Age > 65 ans, Pathologies préexistantes (Cardiopathie (*coronaropathie*), Insuffisance respiratoire, Insuffisance rénale, Hépatopathies chroniques)

L'hémodynamique doit être évaluée avec prudence:

- Tachycardie
- Absence de tachycardie sous Bbloquants
- L'hémocue ne reflète pas forcément la gravité de l'hémorragie

Facteurs pronostiques :

Le score de Rockall: basé sur l'âge, les antécédents, le retentissement hémodynamique, et les constatations endoscopiques. Un score ≥ 8 est associé à un risque élevé de mortalité.

Critères de gravité de CAMMOCK

- 1) Perte de sang > 1000 ml/jour ou 30% de la masse sanguine.
- 2) Hématocrite < 28% à l'arrivée du malade.
- 3) Hypotension artérielle et état de choc persistant.
- 4) Transfusions > 1500ml/jour.

C. MESURE A PRENDRE EN URGENCE

– En dehors des rectorragies d'allure proctologique, minimales et sans retentissement hémodynamique, hospitalisation de tout patient décrivant une hémorragie digestive.

Patient à jeun

– Mise en place de deux voies d'abord périphériques de gros calibre.

– Bonne oxygénation avec surveillance de la saturation sanguine en oxygène.

– Prélèvements sanguins en urgence : Sous estimation initiale, sur estimation après quelques heures

– Commande et mise en réserve de culots globulaires compatibles.

– Compensation de l'hémorragie par macromolécules et culots globulaires s'il existe un retentissement hémodynamique.

Les objectifs du remplissage sont d'obtenir une Fc < 100 battements/min, une PAS > 100 mmHg, Hb > 8 g/dL et une diurèse > 30 mL/h.

– Surveillance des principaux paramètres vitaux : pouls, pression artérielle, saturation en oxygène, diurèse.

D. Mesures thérapeutiques spécifiques

1. Pour les ulcères gastro-duodénaux

*Traitement anti-sécrétoire par (Inhibiteurs de la pompe à proton)

*Traitement hémostatique lors de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale pouvant associer des injections d'adrénaline, la pose de clips, ou une thermocoagulation par sonde thermique. Ce traitement est indiqué pour les ulcères qui saignent de façon active ou ceux au niveau desquels existe un caillot adhérent ou un vaisseau visible (fort risque de récurrence hémorragique)

*Traitement chirurgical pour les hémorragies non contrôlables par un traitement endoscopique ou récidivante rapidement sur un mode majeur sous traitement médical. Une vagotomie tronculaire avec suture d'un ulcère, gastrectomie partielle.

***Traitement préventif secondaire**

- Éviction des traitements gastro-toxiques.
- Recherche et éradication d'*Helicobacter Pylori*.
- Maintien du malade sous IPP en cas d'hémorragie sous AINS ou sous antiagrégant plaquettaire si ce traitement ne peut pas être interrompu.

2. Pour les hémorragies liées à l'hypertension portale

***Traitement hémostatique** : médicaments vaso-actifs par voie veineuse (octréotide, terlipressine) dans tous les cas. Antibiotrophylaxie systématique après bilan infectieux pour prévenir la surinfection de l'ascite (fréquemment présente).

Prévention de l'encéphalopathie hépatique par la prescription de laxatifs osmotiques à fortes doses pour débarrasser le tube digestif du sang qu'il contient

*Une hémostase endoscopique associée (ligature, sclérose ou injection de colle) ou exceptionnellement mécanique (tamponnement par une sonde hémostatique à ballonnets type Blakemore ou Linton).

*En cas d'hémorragie non contrôlable ou récidivante rapidement sur un mode majeur, malgré le traitement vaso-actif et endoscopique, en milieu spécialisé se discute soit l'option de la pose sous contrôle radiologique d'un shunt intrahépatique (Shunt intrahépatique) ou parfois, et si le terrain le permet, d'une anastomose porto-cave chirurgicale.

Traitement préventif secondaire (après une première hémorragie digestive)

- Sécances de ligatures jusqu'à disparition des varices œsophagiennes.
- Mise sous bêta-bloquants (propranolol) à dose efficace permettant d'obtenir une réduction de 25 % de la fréquence cardiaque initiale ou un pouls voisin de 55 battements/minute.

3. HÉMORRAGIES DIGESTIVES BASSES : si elle est Abondantes, continues ou intermittentes, Colonoscopie étant difficile voire impossible, Artériographie coelio-mésentérique: +++ diagnostique et thérapeutique (embolisation). Laparotomie exploratrice aidée par la coloscopie: en cas d'échec

La diverticulose colique : Même dans les cas où elle est abondante, l'hémorragie diverticulaire va s'arrêter spontanément dans 56 % des cas pour ne récidiver que dans 13 % des cas. Dans les très rares cas où le saignement est visualisé en endoscopie, un geste local, qui sera le plus souvent une injection hémostatique peut suffire à le stopper. Les hémorragies abondantes, continues ou récidivantes nécessitent le plus souvent un recours à la chirurgie (hémicolectomie droite, colectomie segmentaire).

La prise en charge d'une *lésion hémorragique isolée du grêle, néoplasique ou non réséquable endoscopiquement* est essentiellement chirurgicale (tumeur, diverticule de Meckel). L'artériographie avec embolisation est envisageable lors d'un saignement grêlique significatif

Les saignements *post-polypectomies* sont traités par l'injection d'adrénaline, l'électrocoagulation thermique par contact ou par endoclips.

Les hémorragies sur *hémorroïdes internes* de stades 1 et 2 sont traitées par infrarouge ou par des ligatures élastiques.

Les angiodysplasies : La coloscopie peut mettre en évidence des lésions non visibles en artériographie et peut être thérapeutique (coagulation, sclérothérapie ou laser), mais la récurrence des épisodes hémorragiques est fréquente et peut atteindre 50 %.

Le traitement chirurgical s'adresse essentiellement aux hémorragies mettant en jeu le pronostic vital, mais peut également se discuter en cas de récurrences itératives.

On évite 2 erreurs

- Opérer à tort un malade dont l'hémorragie aurait pu céder avec un traitement médical
- Mais surtout opérer trop tard un malade qui risque de mourir soit du fait de l'hémorragie soit du fait de ses conséquences (défaillances viscérales)
- Elle est fonction de 2 facteurs
- Nombre de culots transfusés : la limite supérieure tolérable est entre 6 et 8 culots globulaires par 24 heures.

Terrain ; Chez un patient âgé ou fragile (pathologies associées) la décision d'opérer doit être prise plus rapidement car il supportera moins bien une hémorragie prolongée qu'un sujet en bonne santé.

CONCLUSION :

Les hémorragies digestives restent une urgence médico-chirurgicale engageant souvent le pronostic vital. Leur gravité est plus liée au terrain qu'à l'importance de l'hémorragie. La mise en œuvre des mesures de réanimation afin d'obtenir une stabilité hémodynamique est un préalable indispensable avant d'envisager sereinement la stratégie diagnostique. En effet, les difficultés de la prise en charge résident surtout dans le diagnostic étiologique malaisé en raison de la surface muqueuse à explorer et dans l'inaccessibilité de certaines lésions (du grêle notamment). La plupart des lésions identifiées relèvent d'un traitement bien codifié, mais le pronostic peut rester sombre en raison du terrain sur lequel elles surviennent (cirrhose en particulier).