**HÉMORRAGIES DIGESTIVES**

**Intitulé de la matière : *GASTRO-ENTEROLOGIE***

**Conférence destinée aux étudiants 4è de médecine**

**Dr A. GUEZZI- Pr SAHLI**

**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). Il convient d’écarter d’emblée tout diagnostic différentiel : crachat sanglant (hémoptysie), saignement nasal (épistaxis) dégluti puis vomi, ou saignement gynécologique. 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, fréquente et grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital par son abondance, sa répétition ou sa fréquence.

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 mélæna) 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 ou hématochézie* est l’émission par l’anus de sang rouge vif non digéré. Elle est en règle générale le signe d’une hémorragie digestive basse. Cependant, en cas d’hémorragie digestive haute massive, le sang peut arriver à l’anus non digéré et donc rouge.

Pour désigner l’émission de sang rouge par l’anus, le terme « rectorragie » est le plus utilisé, mais souvent de façon impropre, car, 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.

*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.

*7. Diagnostics différentiels* : Epistaxis déglutti, hémoptysie, hémorragie de la muqueuse buccale, vomissements fécaloides, aliments ou boisson colorés, supplémentation en fer.

**III.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 béta-bloquant, un éthylisme 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’insufisance 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, hématocrite, hémoglobine, volume globulaire, plaquettes, TP

Créatinine / ionogramme, enzymes cardiaques

**Bilan radiologique** : RP (inhalation ? Cardiopathie ?…)

ASP (occlusion ?, perforation ?)

ECG (Troubles de la repolarisation ?…)

Scancer du rectum ou du côlon / Angioscanner : colite aiguë, MICI, Angiodysplasies

Artériographie: cœliaque mésentérique

**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

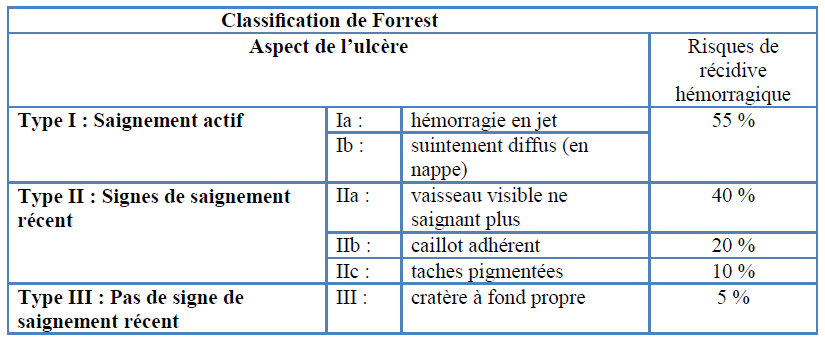
- Évalue le risque de récidive hémorragique - pratiquer un geste d’hémostase endoscopique

-Recto-sigmoïdoscopie, Iléo-coloscopie, Vidéocapsule

-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.

**A.HEMORRAGIE 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

****

**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 adhérant 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 oesophagienne sous forme d’une ulcération longitudinale lors de vomissements répétés.

**4.**L'**ulcère de Dieulafoy** est une [lésion hémorragique](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=L%C3%A9sion_h%C3%A9morragique&action=edit&redlink=1) de la [muqueuse gastrique](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Muqueuse_gastrique&action=edit&redlink=1) résulte de la [hernie](https://fr.wiktionary.org/wiki/hernie) d'une [artériole](https://fr.wikipedia.org/wiki/Art%C3%A9riole) 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.HEMORRAGIE 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 :** Elles sont 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**

**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).

**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, Hépathopathies chroniques)

**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.

**IV.MESURE A PRENDRE EN URGENCE**

**A. Prise en charge initiale :**

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

Patient à jeun

– Mise en place de deux voies d’abords 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.

**V. 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 récidive hémorragique)

\*Traitement chirurgical pour les hémorragies non contrôlables par un traitement endoscopique ou récidivant 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. Antibioprophylaxie 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 récidivant 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 oesophagiennes.

• Mise sous béta-bloquants (propanolol) 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).

**Les angiodysplasies :** La coloscopie peut mettre en évidence des lésions non visibles en artériographie et peut être thérapeutique (coagulation, sclérothérapie ou laser), mais la récidive 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 récidives itératives.

Pour ces dernières, le traitement hormonal oestro-progestatif peut représenter une alternative thérapeutique à la sanction chirurgicale, mais son rôle exact, de même que son mécanisme d'action, ne sont pas encore très clairement définis

**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).