

HEMORRAGIES DIGESTIVES

1. GENERALITES

1.1. **Définition** : Saignement d'une lésion du TD, située en amont (HDH : hémorragie digestive haute) ou en aval (Hémorragie d'origine grêlique et HD Basse : Hémorragie d'origine colorectale et anale) de l'angle de TREITZ et pouvant être extériorisé ou non.

1.2. Intérêt :

- Epidémiologique : Urgence fréquente ; au Mali : rupture de VO = 2,5% des hospitalisations
- Pronostique : globalement 10% de mortalité
- Etiologique : Causes multiples, parfois difficultés diagnostiques
- Thérapeutique : Arsenal thérapeutique médical et endoscopique

1.3. Mécanisme :

- Saignement artériel ou veineux
- Suintement muqueux nappe

2. DIAGNOSTIC POSITIF (reconnaître l'hémorragie)

- Hémorragie extériorisée :
 - o Hématémèse et/ou méléna et/ou rectorragie (ou hématochésie)
 - o Interrogatoire
 - o Observation des déjections
 - o TR : sang rouge ou méléna
- Hémorragie non extériorisée :
 - o Signes de choc
 - o Aspiration naso gastrique

- o Lavement évacuateur
- o TR
- o Anémie ferriprive

3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

3.1 Devant l'hématémèse :

- Hémoptysie (interrogatoire , imagerie)
- Hémosialémèse (examen cavité buccale , FOGD normale)
- Epistaxis déglutie et revomie (examen ORL)
- Vomissement du liquide de stase
- Vomissement coloré par aliments (vin, betterave)

3.2 Devant le méléna :

- Selles colorées par les médicaments (fer , charbon , bismuth) et par les aliments (betterave , boudin) : interrogatoire , aspect des selles

3.3 Devant la rectorragie (ou hématochésie) :

- Selles dysentériques
- Hémorragies d'origine génitale ou urinaire : examen génito-urinaire , endoscopie

3.4 Autres anémies microcytaires

4. DIAGNOSTIC DE GRAVITE

4.1. Evaluation de l'importance de la déplétion sanguine

Critères cliniques :

- Tachycardie et hypotension orthostatique
- Signes de choc avec PAS < 80 mmHg
- Pâleur , sueurs , froideur des extrémités , hypotension artérielle
- Nombre de solutés macro moléculaires , de culots de drogues pour maintenir une tension stable

Estimation clinique des pertes sanguines

Pertes sang (ml)	< 750	750 - 1500	1500 - 2000
PAS	idem	idem	diminuée
PAD	idem	augmenté	diminuée
FC (bat/min)	< 100	> ou = 100	>120
Pouls capillaire (s)	< 2	< 2	> 2
FR (c/min)	14 - 20	20 -30	30 - 40
Etat neurologique	anxiété modérée	anxiété prononcée	anxiété Confusion

SFAR 2007

Ainsi, on peut classer les hémorragies en

- o Minimales, pour 750 ml de sang ou moins ;
- o Moyennes, entre 750 et 1 500 ml ;
- o Graves, au-delà de 1 500 ml.

Critères biologiques :

- Hb et Hte peu modifiées à la phase aiguë
- Urée et créatininémie élevées

4.2 Terrain :

- Age physiologique > 65 ans
- Tares associés
- situation de stress

5. MESURES DE REANIMATION

- **En dehors des rectorrogies d'allure proctologique , minimes et sans retentissement hémodynamique , hospitalisation de tout patient décrivant une HD**
- **Hospitalisation en USI** : A l'admission du malade, il faut commencer la réanimation en même temps que la démarche diagnostique avant d'envisager le traitement spécifique.

5.1.Apprécier l'état respiratoire et assurer une ventilation optimale :

- o Position demi assise ou latérale de sécurité, libérer les voies aériennes supérieures.
- o Oxygénothérapie (2- 6 l/min) si hypoxie, sujet âgé, hémorragie sévère, chez le coronarien ou lorsqu'il existe une pathologie pulmonaire préalable
- o Intubation avec ventilation artificielle si trouble de conscience, détresse respiratoire, état de choc réfractaire.

5.2.Correction de l'hypovolémie: Première urgence thérapeutique.

- o Doit être prudente Objectif: PAM à 80mmHg
- o Arrêter les b-bloquants
- o Pose de 2 voies veineuses périphériques de bon calibre \geq 14 Gauge
- o VVC si impossibilité d'obtenir une voie périphérique
- o Cristalloïdes préférés en 1ère intention du fait de leur innocuité.
- o Préférer le sérum physiologique. Si usage de sérum glucosé, ne pas oublier la vitaminothérapie B1B6
- o En cas d'hémorragie abondante, les colloïdes (excepté l'hydroxyéthylamidon: aggrave l'IHC) peuvent être utilisés, malgré leur risque rénal. La supériorité de l'albumine, dans cette situation, n'est pas démontrée.
- o En cas de cirrhose : remplissage vasculaire à minima car la correction de l'hypovolémie s'accompagne d'une augmentation de la P° portale à un niveau supérieur au niveau initial, favorisant la récurrence hémorragique.
- o Les objectifs du remplissage sont d'obtenir une fq cardiaque $<$ 100 bat/min, une P° systolique $>$ 100 mmHg et une diurèse $>$ 30 ml/h

- o La transfusion doit être adaptée au degré de déglobulisation: chez un malade réhydraté, l'objectif est une Hte entre 25 et 30% et Hb = 8 g/dl.

5.3. Correction des troubles de l'hémostase:

- o La correction systématique des troubles de l'hémostase par des dérivés du sang (PPSB, plasma frais congelé, plaquettes) n'est pas recommandée.
- o Si PLQ < 50 000/mm³: transfusion de CP. Cependant, le nombre de plaquettes peut ne pas augmenter en cas d'hypersplénisme.

5.4. Evaluer **l'état de conscience** après correction des détresses cardio-respiratoires

5.5. Prise de la température et recherche d'éventuels foyers infectieux.

5.6. Glycémie capillaire : si hypoglycémie => SG30 par voie intraveineuse.

5.7. Des **examens biologiques** sont systématiques : NFS, ionogramme sanguin, Groupage sanguin et Rhésus(2 déterminations) + RAI, bilan d'hémostase, fonction rénale, bilan hépatique.

5.8. Commande et mise en réserve de culots globulaires compatibles

5.9. Prévention d'une encéphalopathie hépatique, si signes d'hépatopathie chronique

5.10. Surveillance : pouls, PA, saturation en oxygène , coloration muqueuse, conscience, diurèse, PVC, Hb, Hte.

6. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET TRAITEMENT SPECIFIQUE

6.1. Enquête étiologique

6.1.1. Interrogatoire : du malade ou son entourage

- En cas d'hématémèse et/ou de méléna on recherchera : ATCD
 - o Hémorragie digestive
 - o UGD
 - o Dx épigastrique d'allure ulcéreuse
 - o Ethylisme, tabagisme
 - o Ictère, voire hépatopathie connue
 - o Vomissements ayant précédé le saignement
 - o Prise de médicaments gastrotoxiques (voir au besoin les ordonnances précédentes)

- o Chirurgie abdominale.
- o Autres pathologies
- En cas d'HDB :
 - o ATCD médicaux et chirurgicaux
 - o Modification récente du transit
 - o ATCD vasculaire
 - o Séquence symptomatique dx abdo brutale – diarrhée sanglante
 - o Traumatisme ano-rectal
 - o Aspect des selles accompagnant le sang

6.1.2. Examen physique : (systématisation)

- Signes d'hépatopathie chronique (HTP , IHC)
- Signes d'une maladie hémorragique
- Cicatrices abdominales
- TR+ examen de la marge anale
- Examen général systématique

6.1.3. Examens para cliniques : HDH :

Fibroscopie OGD +++

- Dès que l'état hémodynamique le permet
- Au besoin administration de 250 mg d'érythromycine en IV 20 à 30 mn avant l'acte
- Dans tous les cas ni trop tôt ni trop tard : mieux dans les 6 premières heures si non dans les 24 heures
- Triple objectif : faire le diagnostic lésionnel , évaluer le risque de poursuite ou de récurrence hémorragique , réaliser si besoin un geste d'hémostase endoscopique

**Autres examens : artériographie coelio-mésentérique , TDM spiralée ,
angioscanner**

**ORIGINE GRÊLIQUE ET HDB : coloscopie , entéroscanner , vidéocapsule
endoscopique , scintigraphie aux hématies marquées au Tc 99m**

6.2. Etiologies et traitements spécifiques

- Les HDA (saignement au cours des 24 – 48H) et HDC (ou hémorragies digestives occultes) ont à peu près les mêmes étiologies. La prise en charge des HDC repose sur le traitement spécifique de la cause et la supplémentation en fer pendant 3-6 mois

6.2.1 HDH :

LESIONS HEMORRAGIQUES SANS RAPPORT AVEC L'HTP :

□ Hémorragies par UGD (30% des HDHA)

- Endoscopie digestive : précise les lésions selon la classification de FORREST (Ia= en jet , Ib = en nappe ; IIa = vaisseau visible , IIb = caillot adhérent , IIc = tâche noire ; III= absence de stigmate)
- Méthodes thérapeutiques
 - o Outre la réanimation
 - o Traitement médicamenteux : IPP 80 mg en bolus puis 8mg/h IVSE pendant 72 h , relais par voie orale en pleine dose
 - o Traitement endoscopique : 03 méthodes avec idéalement utilisation de 02 méthodes en association :
 - Méthodes d'**injection** : vasoconstricteurs (adrénaline au 1/10 000) , sclérosant (polidocanol)
 - Méthodes **thermiques** : Electrocoagulation au plasma d'argon ou mono ou multipolaire
 - Méthodes **mécaniques** : hémoclip, poudre hémostatique
 - o Traitement chirurgical : rarement pratiqué
 - o Traitement radiologique : exceptionnel et anecdotique

Indications

- o Si hémorragie en jet (FIa) ou vaisseau visible (FIIa) = injection + méthode thermique, mécanique
- o Si suintement diffus (FIb) non sévère : injection d'adrénaline
- o Si caillot (FIIb) : lavage pour chute du caillot puis injection si ulcère ou injection + méthode thermique, mécanique si hémorragie déclenchée.
- o Si 2 échecs d'hémostase endoscopique ou hémorragie cataclysmique ou hémorragie en jet inaccessible au traitement endoscopique : chirurgie
- o Dans tous les cas, après hémostase : rechercher et éradiquer Hp par IPP et 2 ATB (traitement de l'ulcère y compris mode de vie) ; contrôle endoscopique systématique + biopsies si UG

- **Résultats :**

- o 90% arrêt hémorragie
- o 10% récurrence surtout les 3 premiers jours
- o Environ 10% de mortalité

□ **Lésions aiguës muqueuses gastro-duodénales (20% des HDHA)**

- Sous ce terme sont regroupés plusieurs types de lésions (gastrite hémorragique , érosions, ulcérations , ulcère de stress)
- Contexte : défaillance circulatoire, infection, lésion neurologique, AINS et aspirine
- Endoscopie : lésions multiples
- Traitement
 - o Injection
 - o IPP en IV
 - o Rechercher et éradiquer la cause

□ **Syndrome de MALLORY – WEISS (10% des HDHA)**

- Déchirure de la muqueuse digestive au niveau du cardia 2 à 3 cm à des efforts de vomissements:

Endoscopie :

- o Ulcération ou ulcère à la jonction œsogastrique généralement unique de 1 à 2 cm
- o Saignement par suintement ou en jet

- o Parfois vaisseau visible
- Traitement :
 - o Anti sécrétoires
 - o Si saignement actif : injection d'adrénaline, clips, ligature
- Mortalité généralement nulle sauf terrain associé
- **Tumeurs malignes œso - gastroduodénales (5 à 8% des HDHA)**
- Endoscopie : visualise la lésion
- Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur
- **Œsophagite peptique (2% des HDHA)**
- Endoscopie : lésions érosives ou ulcérées
- Traitement : hémostase endoscopique + IPP

- **Malformations vasculaires (1% des HDHA) = Angiodysplasies et Téliangiectasies isolées ou rentrant dans le cadre d'une maladie de Rendu Osler**
- Traitement : plasma d'argon
- **Exulcération simplex de DIEULAFOY (2% de HDHA)**
- Sujet âgé (plus de 60 ans)
- Endoscopie
 - o Saignement d'une ulcération muqueuse de 2 à 5 mm, en regard d'une artère sous muqueuse anormalement large
 - o Saignement actif au sein d'une muqueuse normale
 - o Généralement de siège fundique
 - o Parfois vaisseau visible ou caillot
- Autres méthodes diagnostiques : artériographie, écho-endoscopie
- Traitement :
 - o Clips
 - o Ligature
 - o Injection
 - o Pronostic : fonction du diagnostic, de l'abondance de l'hémorragie, de la récurrence et du terrain

☐ Fistule aorto-duodénale (< 1% des HDHA)

- Porteur de prothèse aortique
- Diagnostic : endoscopie, TDM, artériographie
- Traitement = fermeture de la fistule, ablation de la prothèse, et geste de revascularisation

☐ Wirsungorragie (< 1% des HDHA)

- Contexte : Pancréatite chronique ou tumeur maligne
- Diagnostic : TDM, artériographie, endoscopie
- Traitement : embolisation , chirurgie
- Mortalité : 15%

☐ Hémobilie (< 1% des HDHA)

- Contexte traumatique
- Diagnostic : imagerie
- Traitement : embolisation, désobstruction des VB, si échec = chirurgie

LESIONS HEMORRAGIQUES EN RAPPORT AVEC L'HTP (30% des HDHA) :

☐ Rupture de varices œsophagiennes et/ou cardio-tubérositaires

- Endoscopie :
 - o Présence de varices
 - o Saignement en jet ou en nappe
 - o Muqueuse mouillée de sang
 - o Caillot ou clou plaquettaire sur varices
 - o Varices sans stigmate de saignement avec présence de sang dans l'estomac sans autre cause de saignement
- Méthodes thérapeutiques
 - o Mesures générales :
 - ☐ Etat ventilatoire correct
 - ☐ Bonne perfusion rénale sans excès de remplissage (risque de récidence)
 - ☐ Prévention de l'encéphalopathie : administration d'antibiotiques :

* céfotaxime 2 g toutes les 8 heures.

*acide clavulanique + amoxicilline : 2g/j

*fluoroquinolones : ofloxacin 400 mg/j ou norfloxacin 800 mg/j

, surtout **Lactulose** (duphalac®), **Lactitol** (importal®) forte dose

Evacuation prudente d'une ascite tendue

o Traitement vasoactif

Somatostatine et dérivés ; Vasopressine et dérivés

*Terlipressine : bolus de 2 mg(1 mg si poids<50 kg)

toutes les 4 H pendant 2 à 5j

* somatostatine : perfusion continue de 25 µg/h pdt 2 à 5j

précédé d'un bolus de 25 µg

* Ocréotide(SANDOSTATINE): 25µg bolus puis 25µg/h IVSE +++

**Dilution : 3 amp. de SANDOSTATINE dans 9 cc de sérum physiologique : 1cc/h sur 12 h
ou 3 amp. de SANDOSTATINE dans 21 cc de sérum physiologique : 2
cc/h sur 12 h.**

o Hémostase endoscopique

Ligature élastique(LE)

Sclérose au polidocanol

Injection de colle biologique (histoacryl*)

o Hémostase mécanique : tamponnement par sonde de Blakemore.

o TIPS

o Traitement chirurgical : transection œsophagienne, dérivation portale

- Au décours de l'épisode hémorragique : Bêtabloquant (propranolol*) , Ligature élastique (LE) , transplantation hépatique

- Indications

o VO :

Si saignement actif : vasoactif + ligature (ou sclérose)

- Héorragie cataclysmique ou persistance malgré vasoactif et/ou ligature (sclérose) ou traitement endoscopique impossible = Blakemore
- Echec des techniques précédentes : TIPS ou chirurgie
- Prévention secondaire : Bêtabloquant + traitement endoscopique
 - o VG : injection de colle biologique + vasoactif
- Résultats :
 - o Arrêt de l'hémorragie dans 90% des cas
 - o Mortalité moyenne de 15% (liée au score CP)

□ **Gastropathie d' HTP**

- Gastropathie en mosaïque : traitement par substances vasoactives (semble efficace)
- Ectasies Vasculaires Antrales (« Estomac pasthèque ») : plasma argon

□ **Erosions et UGD** : même conduite qu'en dehors d'HTP

LESIONS HEMORRAGIQUES NON LIEES A L'ULCERE ET A L'HTP: **causes iatrogènes**

- Polypectomie
- Mucosectomie
- Ampullectomie
- Sphincterotomie
- Gestes à haut risque hémorragique
- **Hémorragie retardée dans 50% des cas**
- Traitement curatif et préventif par clips

6.2.2 HD D'ORIGINE GRÊLIQUE:

□ **Angiodysplasies :**

- Diagnostic : VCE
- Traitement : endoscopique si possible , chirurgie

□ **Ulcérations du grêle** : AINS, MICI, ZE ...(tt médicamenteux)

□ **Tumeurs du grêle** : chir

□ **Diverticules** : de Meckel, duodéнал, jéjunal, iléal(chir)

□ **Causes rares**

- Fistule aorto-entérique
- Lésion de Dieulafoy
- Varices intestinales
- Entérite radique
- Entérite infectieuse

Traitement : surveillance, tt étiologique, chir, endo

6.2.3 HDB (en aval de la valvule de Bauhin): 20% des HD

Lésions anales :

☐ **Maladie hémorroïdaire :**

- Cause la plus fréquente d'HDB
- Saignement intermittent, indolore, à la fin de la défécation
- Diagnostic : anoscopie
- Surtout normalité de la coloscopie
- Traitement instrumental, chirurgical, régulariser le transit

☐ **Maladie fissuraire :**

- Douleur à la défécation avec rectorragie striant les selles
- Diagnostic : inspection marge anale
- Traitement instrumental, chirurgical

☐ **Cancer du canal anal :** chimio, chir

Lésions colo-rectales :

☐ **Le cancer colorectal : première étiologie à évoquer**

- Diagnostic : endoscopie
- Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur

☐ **Hémorragies diverticulaires :**

- Favorisées par prise d'AINS, aspirine

- Surtout les diverticules du colon droit
- Diagnostic : Coloscopie :
- L'hémorragie s'arrête spontanément dans 90% des cas
- Traitement : Hémostase endoscopique

□ **Angiodysplasies coliques :**

- Malformation dégénérative chez sujet âgé, associée dans 50 % des cas à un rétrécissement aortique
- HDB aiguës extériorisées rares, mais anémie ferriprive plus fréquente
- Diagnostic :
 - o Coloscopie : lésions siégeant habituellement sur colon droit, caecum
 - o Artériographie peut montrer 3 signes spécifiques : une touffe vasculaire au temps artériel ; une opacification veineuse précoce ; un drainage veineux tardif
 - o TDM spiralée avec temps artériel précoce
- Traitement : endoscopique (ECPA) ou plus rarement chirurgical(colectomie segmentaire)

□ **Colite ischémique :**

- Survenant chez un polyartériel fréquemment au décours d'un épisode de bas débit,
- Signes cliniques associant à divers degrés :douleurs abdominales (quasi constantes) , diarrhée aiguë , rectorragie , météorisme , défense ou contracture , fièvre
- Coloscopie prudente : montre des lésions d'intensité variable (pétéchiées , zones bleu violacé ou hémorragiques , ulcérations superficielles ou creusantes mettant la musculature à nu) , précise le siège des lésions (habituellement colon gauche) , donne le pronostic (colite œdémateuse ou ulcérée :forme non gangreneuse ; ou gangreneuse)
- 3 stades endoscopiques selon gravité (non pathognomoniques)
 - o Stade 1 : muqueuse congestive, pétéchiiale et/ou purpurique
 - o Stade 2 : ulcérations longitudinales confluentes ou à l'emporte pièce
 - o Stade 3 : muqueuse noire ou grisâtre avec des hématomes intra pariétaux

- Traitement : surveillance et traitement étiologique , chirurgie

☐ **Polypes colo-rectaux :**

- Diagnostic : coloscopie
- Traitement : Hémostase endoscopique

☐ **MICI :**

- Diagnostic : coloscopie
- Traitement spécifique d'une MICI

☐ **Causes rares :**

- Varices ectopiques rectales ou coliques
- Rectite et/ou colite radique
- Ulcération de Dieulafoy
- Endométriose colique
- Chute d'escarres au décours d'une polypectomie endoscopique
- Colites médicamenteuses , infectieuses
- Corps étrangers rectaux
- Ulcération thermométrique : suture sous rectoscopie si persistance de l'hémorragie

CONCLUSION

- HD = urgence
- Causes multiples, parfois problème diagnostique
- Prise en charge précoce et adéquate si non pronostic vital peut être en jeu.