

CAT DEVANT UNE HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

I-Introduction :

A- Définition:

- C'est un saignement émis par l'anus en rapport avec une lésion située en aval de l'angle de Treitz.
- Elle est souvent d'origine colique, diagnostiquée alors par la coloscopie.
- Mais peut, dans certains cas, être d'origine intestinale et nécessite d'autres examens complémentaires pour son diagnostic étiologique et/ou son traitement

B- Intérêt :

- Fréquence : 20/100
 - Diagnostic positif : souvent simple.
 - Diagnostic étiologique : les étiologies sont multiples, dominées par les causes coliques.
 - Thérapeutique : apport de l'endoscopie et de la radiologie interventionnelle.
 - Pronostic : favorable car souvent arrêt spontané du saignement
- Dans 10% des cas : le saignement est d'emblée persistant ou récidivant à court terme → utilisation d'autres méthodes hémostatiques autres que l'endoscopie → radiologie interventionnelle ou chirurgie

II- Diagnostic positif

1- Reconnaître une hémorragie digestive basse:

- Facile : devant une hémorragie digestive basse extériorisée → rectorragies, méléna (sans lésions hautes)
 - Difficile :
- * Tableau d'anémie aiguë → état de choc
* Tableau d'anémie chronique → saignement occulte

2-Éliminer ce qui n'est pas une HDB:

- Éliminer ce qui n'est pas une hémorragie:
- Coloration des selles par des médicaments :
 - charbon
 - TRT martial,
 - sels de bismuth...
- ou par des aliments : la betterave...
- Éliminer ce qui n'est pas une Hémorragie Digestive:
- Urogénitales - cutanées
 - Éliminer ce qui n'est pas une HD d'origine basse
 - HDH de grande abondance → Accélération du transit → Rectorragies
 - HDH s'extériorisant sous forme de méléna.
- * Intérêt de la sonde naso-gastrique et de la FOGD ++++

III- Evaluer la gravité et mesures thérapeutiques d'urgence:

Urgence médico chirurgicale

→ Prise en charge multidisciplinaire : réanimateurs / endoscopistes / radiologues / chirurgiens

Evaluation de la gravité sur les critères :

- ✓ cliniques: signes de choc
- ✓ Biologiques: hématicrite peu significatif les 1eres heures
- ✓ évolutifs: hémorragie persistante ou d'emblée récidivante

Mesures de réanimation:

- ✓ stabiliser l'état hémodynamique
- ✓ remplissage vasculaire : SSI 9% , macromolécules
- ✓ transfusion de culots globulaires si :
 - malade continue à saigner malgré un TRT
 - état de choc avec signes de mauvaise oxygénation tissulaire.

IV-Diagnostic étiologique:

1- Anamnèse

- ✓ **Terrain:** âge, diabète, HTA, Insuffisance rénale, utilisation fréquente de thermomètre en Intra-rectal
- ✓ **ATCDS**
 - Coagulopathie
 - Cardiopathie thrombogène
 - Prise d'AINS ou d'anticoagulants
 - Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
 - Diverticulose
 - Néoplasie ou polypose digestive personnelles ou familiale
 - Résection récente de polype
 - Chirurgie sur le tube digestif
 - Maladie hémorroïdaires
- ✓ **La nature du saignement:** Rectorragies, Méléna ou association des deux
- ✓ **Signes accompagnateurs :**
 - Digestifs: douleurs abdominale, modification du transit, Syndrome rectal, proctalgies....
 - Signes généraux : amaigrissement, anorexie..

2- Examen physique:

- doit être COMPLET - TOUCHER RECTAL +++++
- Recherchera surtout:
 - masse abdominale
 - masse rectale (en précisant ses caractères)
 - adénopathies

3- Examens complémentaires:

Examens de première intention:

1-Anuscopie + recto- sigmoidoscopie :

Permettent dans certains cas de détecter une cause évidente de saignement :

- Lésion hémorroïdaires
- Fissure anale ou cancer de l'anus
- ^eUlcère du rectum
- Proctite

Le plus souvent complétée par une coloscopie car la découverte d'une lésion dans le rectum ou le colon gauche ne permet pas d'éliminer : une lésion hémorragique synchrone du colon d'amont

2-Coloscopie totale:

- Pratiquée chez un patient réanimé avec de bonnes constantes hémodynamiques
- Réalisable précocement et en première intention dans la prise en charge des hémorragies abondantes
- La préparation peut se faire par voie orale (PEG) parfois par sonde nasogastrique.
- Les informations fournies:
 - * Caractère actif ou non de l'hémorragie
 - * Cause du saignement
 - * Stigmates de saignement récent (Vx visible non hémorragique; caillot adhérent)
 - * Sang frais dans un segment du colon ; présence de sang dans le colon et son absence au niveau iléal.
- La responsabilité d'une lésion colique objectivée en coloscopie est certaine si :
 - * Saignement actif
 - * Signes d'hémorragie récente au sein de cette lésion
- Elle permet le diagnostic des lésions coliques dans 74 -90%
- Coloscopie >>>> Lavement Baryté

Examens de deuxième intention :

a- Exploration du grêle

- **Entéroscopie:** exceptionnellement réalisée en urgence

* Entéroscopie poussée: examen rapide et complet du duodénum distal et du jéjunum proximal

Avantages: disponibilité, innocuité relative, possibilité de biopsies et de traitement

* Entéroscopie par sonde : permet de visualiser la quasi-totalité du grêle mais ne permet pas de réaliser un geste thérapeutique. Indiquée dans un centre spécialisé si EP (-)

- **Vidéo capsule :** approche nouvelle et simple de l'examen du grêle.

- **Transit du grêle par la méthode à l'entéroclyse :** cet examen est inadéquat dans l'évaluation du grêle comme source d'hémorragie, mais peut détecter des lésions tumorales.

- **Entéro-scanner:** examen en cours d'évaluation, très sensible dans la détection des tumeurs du grêle (petite)

b-Angio-scanner:

son utilisation première avant même la coloscopie à la recherche de signes directs ou indirects d'angiodysplasie colique peut se discuter. Parmi ces signes :

-Vascularisation localisée inhabituelle au sein de la paroi colique

-Un retour veineux précoce

-Une augmentation du calibre d'une artère de suppléance.

c-Le scanner abdominal :

la scannographie hélicoïdale dans les 24 premières heures serait une méthode non invasive permettant d'aider au diagnostic étiologique d'une HDB à la phase aiguë, surtout en cas d'échec ou d'impossibilité de la coloscopie.

d-Artériographie coelio - mésentérique:

- invasive ! Réalisée si :

* saignement persistant de cause imprécise

* état hémodynamique instable malgré les mesures de réanimation.

- Elle nécessite un débit sanguin de 0,5-1ml /mn pour visualiser le saignement.

- Elle permet un geste thérapeutique: embolisation, injection de produits vasoactifs (actuellement abandonnée car effets secondaires importants)

e-Scintigraphie aux Globules Rouges marqués au Technicium 99:

• Intérêt limité dans ces situations d'urgence (si état hémodynamique instable)

• Met en évidence un saignement digestif de l'ordre de 0,1 ml/ mn

• Positive → sélection des malades ayant une hémorragie active pour lesquels une artériographie serait utile.

V/ Etiologies

A. Causes anales

1-Hémorroïdes:

C'est la cause la plus fréquente d'HDB souvent minimales et intermittentes.

Clinique:

- Rectorragies faites de sang rouge; Peu abondantes (taches de sang sur le papier toilette ou de sang entourant la selle); rarement abondantes;

- Elle est souvent récidivante et périodique.

- Examen proctologique objectif le saignement hémorroïdaire; Cependant une coloscopie totale sera pratiquée pour éliminer une autre cause d'HDB en particulier néoplasique.

Traitement:

- règles hygiéno- diététiques; bains de siège; lutter contre la constipation.

- AINS, antalgiques, veino-toniques.

- Si hémorragie abondantes, un geste d'hémostase endoscopique s'impose.

- Si rectorragies rebelles une exérèse chirurgicale sera réalisée à distance

2- Fissure anale:

- C'est une ulcération superficielle de la partie sous valvulaire du canal anal.

Clinique:

- Rectorragie faite de sang rouge striant la selle ou en fin de celle-ci; Douleur à trois temps ;
- contracture sphinctérienne ; fissure anale (ulcération triangulaire à base externe ou ovale à fond rouge souvent superficielle = aspect en raquette).

Évolution: souvent cicatrisation en 4 à 8 semaines mais on note la fréquence de récives.

Traitement:

-bains de siège; mucilage ; traitement de la constipation;
-Méthodes médicales actuelles en cours d'évaluation telles que la toxine botulinique; les dérivés nitrés;
-Chirurgie: c'est la sphinctérotomie avec résection de la fissure

3-Cancer anal:

- peu fréquent; -il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde.

Clinique:

La rectorragie est le symptôme le plus fréquent puis viennent les douleurs et les troubles du transit une incontinence anale ou une masse anale .

Diagnostic (+):

* examen proctologique: une masse bourgeonnante parfois ulcérée; fissure anale siégeant au pôle ant ou post ou sur toute la circonférence de l'anus ou une lésion purement endocanalaire perçues au TR et confirmé par l'anuscopie; ADP inguinale

- Caractéristique commune à toutes ces lésions = induration++++

- Biopsies avec analyse anatomo - pathologique.

Traitement:

- radiothérapie; curithérapies
- chirurgie avec amputation abdominopérinéale

4-Corps étranger anal, agression sexuelle (sodomie):

Terrain :

- sujets à profil psychologique particulier (déséquilibrés mentaux) rarement l'enfant;

- L'acte peut être avoué ou non .

Diagnostic positif :

- L'interrogatoire;

- ASP peut mettre en évidence le corps étranger ;

- Anuscopie rectoscopie.

Traitement: extraction du corps étranger qui peut être endoscopique et parfois chirurgicale.

5-Les lésions ano-rectales sexuellement transmissibles:

Les principales pratiques sexuelles menant à la propagation de ces maladies sont le contact oro-anal et le coït anal .

Infections bactériennes:

Gonococcie; syphilis ; chlamydia trachomatis; campylobacter jejuni , salmonelles non typhiques;

Infections virales: Herpes simplex(II); cytomégalovirus, papillomavirus

Parasitaires: amibiases; giardiase; helminthiases (oxyurose; strongyloïdose);

Diagnostic repose par définition sur la négativité de la rectoscopie et sur l'examen parasitologique des selles et la coproculture.

B. Causes colo rectales

1-Hémorragies diverticulaires:

40% des HDB, Liées à une rupture des branches intra murales d'artérioles marginales situées sur le dôme ou le collet diverticulaire, souvent déclenchées par la prise d'AINS.

Clinique: rectorragies aiguës, indolores faites de sang rouge: vif ou marron, selles mélaniques.

Diagnostic positif:

- coloscopie: signes endoscopiques de saignement au sein des lésions diverticulaires

Évolution:

souvent arrêt spontané du saignement, dans certains cas l'hémorragie persiste ou récidive à court terme.

Traitement :

- endoscopique par injection sclérosante, coagulation bipolaire ou à l'anse diathermique.
- embolisation
- colectomie segmentaire ou totale.

2: angiodysplasie: Lésion dégénérative

= présence de dilatation des veines sous muqueuses coliques et des capillaires muqueux qui les recouvrent

Clinique:

- sujet âgé ++
- Parfois associée à une coagulopathie (maladie de Willebrand)
- Se manifeste par:
 - * rectorragies de sang rouge, méléna ou souvent par une hémorragie occulte (anémie ferriprive)

Diagnostic positif:

- Coloscopie: lésions planes ou peu saillantes, rouges de 2-5mm de diamètre, rondes, stellaires ou en arceau.
- Scannographie helicoidale : récemment proposée, sa sensibilité =70%
- Artériographie sélective :si forte suspicion clinique non confirmée par la coloscopie, les signes les plus évocateurs sont :
 - * présence d'une veine de drainage dont l'opacification persiste sur le temps tardif
 - * Touffe vasculaire à la phase artérielle
 - * Communication artérioveineuse

Évolution : souvent favorable avec amélioration spontanée progressive

Traitement:

- de l'épisode hémorragique est essentiellement endoscopique :
 - * Laser yag ou argon
 - * Coagulation par sonde thermique
 - * Injection de substances sclérosantes
 - Oestroprogestatifs réduisent avec succès le recours à la transfusion dans les saignements chroniques ou récidivants ;
- Indiqués surtout : devant des lésions multiples étagées ou inaccessibles à l'endoscopie.

3- les autres causes vasculaires:

a- Colites ischémiques

Terrain: - age >50 ans

- affection thrombogène
- chirurgie aortique /chirurgie en urgence
- artériopathie digestive

Clinique: association évocatrice :

- rectorragies, douleurs abdominales, diarrhée chez un sujet de >50 ans
- +/- fièvre à 38-38.5 avec un EG conservé

Diagnostic positif : coloscopie qui peut montrer :

- * Une muqueuse simplement congestive; pétéchiale ou purpurique ;
- * Ulcérations longitudinales parfois confluentes
- * Un aspect noir ou grisâtre du colon avec hématome en faveur d'une ischémie sévère
- Siège des lésions : colon gauche+++
- Seule l'analyse histologique des Biopsies endoscopiques permet de confirmer le diagnostic

Évolution :

- souvent favorable, rarement forme gangréneuse avec Sd péritonéal imposant la chirurgie en urgence .

Traitement:

- forme gangréneuse → chirurgie

- forme non gangréneuse → stabilisation de l'état hémodynamique

b- Les hemangiomes:

Essentiellement des hemangiomes caverneux ;

Localisés seulement au colon sauf en cas d'hémangiomatose intestinale aiguë (colon+grêle)

Clinique:

* anémie

* rarement une hématochésie (grand hemangiome rectal)

Diagnostic positif: la coloscopie.

Traitement : chirurgie.

c- Varices coliques ou rectales:

-Rentrant le plus souvent dans le cadre d' une HTP;

- Des formes idiopathiques parfois familiales existent ;

Clinique: rectorragie

Traitement: endoscopique.

d- Ulcération de DIEULA FOY:

- De siège colique dans 5% des cas;

- Peut être à l'origine d'*HDB abondantes*;

Diagnostic positif: difficile par la coloscopie et nécessite une confirmation histologique.

Traitement: endoscopique si échec chirurgie

4-la pathologie tumorale recto colique:

a- Les tumeurs malignes:

-c 'est l'adénocarcinome colorectal; -Homme> femme -Il existe une prédisposition génétique;

-Le risque est plus importants après 50ans.

Clinique:

* réctorragies mêlées ou non aux selles; méléna; saignement occulte.

* autres signes: douleurs abdominale; sd rectal ; troubles du transit ; AEG ++++

- masse : * palpation ABD * TR+++++

Diagnostic positif:

- récto-sigmoidoscopie + coloscopie avec biopsie.

- un bilan d'extension doit être réalisé avant de décider du TRT.

Traitement: chirurgie +/- radio chimiothérapie.

b- Tumeurs bénignes :

Adénomes;

Tumeurs épithéliales(polypes).

5-Les colites:

a)-Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI):

➤ RCUH:

survient à tout age mais touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune; sexe ratio=1;

Clinique:

- signes digestifs: présence de sang et de glaires dans les selles, diarrhée;dlsr ABD

- signes extra digestifs: oculaires; articulaires; cutanéomuqueuses; hépatobiliaires et autres.....

Diagnostic positif:

- iléo coloscopie : lésions sont diffuses, homogènes sans intervalle de muqueuse saine avec une muqueuse rouge granitée fragile saignant spontanément ou au contact. atteinte rectale est constante+++.

- Des biopsies sont réalisées pour confirmer le diagnostic.

Traitement: les salicylés;corticoïdes et immunosuppresseurs. la chirurgie.

➤ Maladie de CROHN :

Elle peut toucher tout le tube digestif de la bouche à l'anus.

Clinique:

- signes digestifs:
 - * diarrhée souvent molle, pâteuse ou franchement liquide parfois glairo -sanglante;
 - * douleurs abdominales;
 - * manifestations anopérinéales +++++
- Signes généraux : amaigrissement quasi constant en phase active de la maladie;
- Signes extra digestifs: IDEM avec RCUH

Diagnostic positif:

- Iléocoloscopie: lésions discontinues polymorphes et asymétriques (ulcérations aphtoides, creusantes....)
- Biopsie: granulome épithélioïde....

Traitement: corticoïde; immunosuppresseurs; salicylés. Chirurgie

b- colites infectieuses:

➤ Amibiase intestinale: due un protozoaire: amibe (Eh))

Clinique : Syndrome rectal ; diarrhée glairo -sanglante

Diagnostic (+):

- parasitologie des selles
- coloscopie: muqueuse hypersecrétante, siège d'ulcérations en coup d'ongle

Traitement : Flagyl

➤ Autres germes:

- Colite entéro-hémorragique (E.Coli)
- Clostridium difficile: colite pseudo-membraneuse
- Salmonellose, shigelloses Yersinioses, Colite à CMV

c-colite médicamenteuse: Colite érosive secondaire aux AINS

d-colite radio induite:

C'est surtout la rectite radique

Clinique : rectorragies le plus souvent modérées parfois saignement abondant d'emblée ou par son caractère récidivant

Chez un patient ayant subi des cures de radiothérapie

Diagnostic(+):

- Rectosigmoidoscopie Coloscopie Lésions retrouvées :
 - * télangiectasies +/- denses diffuses ou localisées au sein d'une muqueuse fragile saignant au contact de l'endoscope
 - * Ulcérations ; sténoses ou fistules possibles
- Siège des lésions : rectum++, sigmoïde

Traitement:

- instillation intra rectale de formaline → arrêt du saignement (75-80%)
- traitement endoscopique: Laser yag : coagulation à l'anse diathermique.
- intérêt des oestroprogestatifs.

6-Ulcérations thermométriques:

Terrain : usage fréquent du thermomètre en intra rectal ;

Circonstances favorisantes: Prise d'AINS ou d'anticoagulants; Éthylisme chronique.

Clinique: rectorragies inopinées en dehors de la selle relativement abondantes et indolores++++

Diagnostic (+): Anuscopie+rectoscopie: qui retrouvent une ulcération saignant en jet ou en nappe avec parfois un caillot visible.

Traitement:

- Guérison spontanée possible;
- Moyens locaux : lavements hémostatiques; électrocoagulation/photo coagulation; cryothérapie.

7-Autres causes exceptionnelles :

- Fistules digestives - Le lymphome colique
- Envahissement du colon par une tumeur; hépatique ou rénale

C/ Causes intestinales :

1- Les diverticules du grêle:

➤ **Diverticule de MECKEL:**

C'est l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus digestif.

Clinique:

- Souvent asymptomatique de découverte fortuite lors d'une laparotomie;
- Se révèle le plus souvent au cours des deux 1eres années de vie, rarement chez l'adolescent ou l'adulte jeune ;
- sous forme de méléna isolé ou associé à du sang rouge ou bien un tableau d'anémie chronique.

Diagnostic+:

- scintigraphie au technicium 99;
- Transit du grêle par enteroclyse ;
- si saignement abondant : angiographie mésentérique supérieure.

Traitement: résection chirurgicale.

➤ **Les autres diverticules du grêle:**

- Congénitaux ou acquis
- Souvent de siège duodénal ;
- Les diverticules jejuno iléaux :sont rarement responsables d'HDB.

Diagnostic+: transit du grêle enteroscopie et vidéo capsule

2- Pathologie tumorale grelique:

a- Tumeurs bénignes:

- adénomes
- tumeurs stromales

Clinique: age moyen de survenue 50 ans ; Peuvent être responsables d'HDB

Diagnostic+: transit du grêle enteroscopie avec biopsie, vidéo capsule

Traitement: chirurgical

b- Tumeurs malignes:

les plus fréquentes: Adénocarcinome , lymphome, Tm carcinoïdes

➤ **ADK:** souvent duodénal mais peut siéger en aval de l'angle de Treitz.

Clinique: age moyen: 30-80ans

- douleur péri ombilicale
- tableau d'occlusion complète ou incomplète
- HDB

diagnostic positif: TG , entéropscopie avec biopsie

Traitement: chirurgical

➤ **LYMPHOME:**

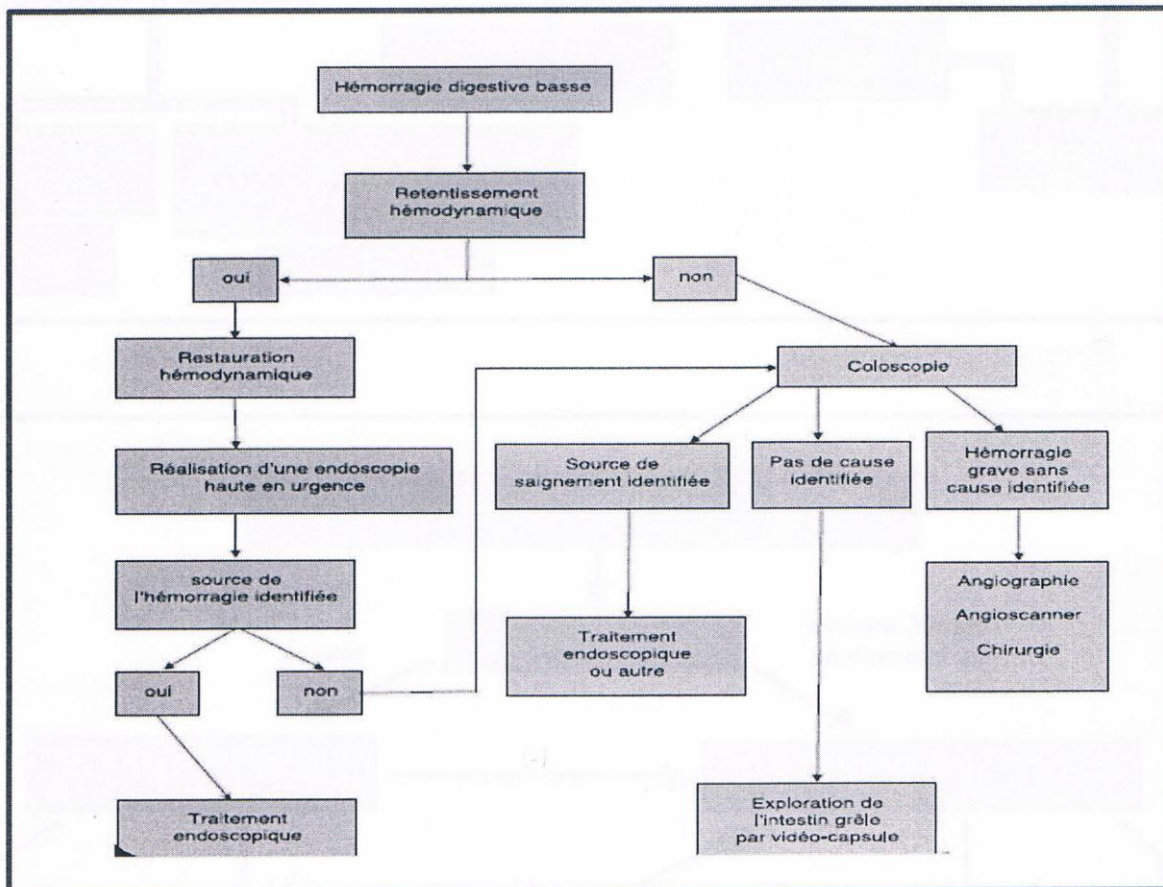
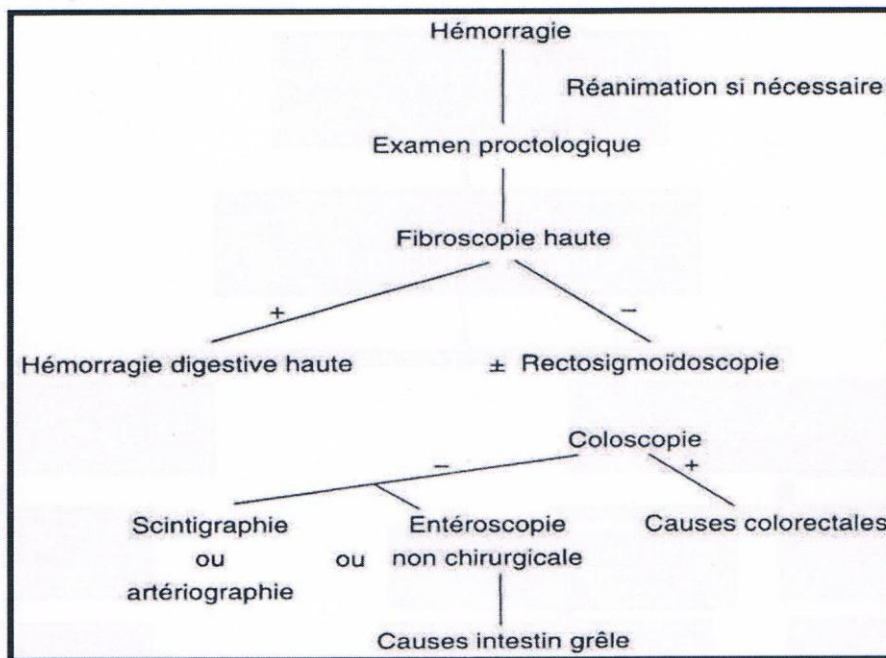
l'hémorragie peut constituer une circonstance de découverte +/- douleurs abd +/- troubles du transit (diarrhée)

Diagnostic positif: TG , entéropscopie avec biopsie Prévoir un bilan d'extension

Traitement: chimiothérapie +chirurgie.

3- Autres causes intestinales:

- Sd de Zollinger Ellisson
- Lésions dues aux AINS et aux tablettes de K+
- Maladie de Crohn
- Entérites infectieuses :
 - * spécifiques: TBK, syphilis
 - * non spécifique : bactérienne: F typhoïde ; virales:CMV
- Varices du grêle
- Ulcération de Dieulafoy de siège essentiellement gastrique mais retrouvée dans 1% dans le jéjunum ou iléon.
- Tumeurs métastatiques ou vasculaires du grêle.



V-Conclusion :

- L'hémorragie digestive basse est moins fréquente et généralement moins grave que l'hémorragie digestive haute; et le plus souvent d'origine colique.
- En cas d'HDB persistante et/ou sévère il faut réaliser en urgence une coloscopie après préparation.
- En effet la coloscopie est susceptible de faire le diagnostic de certitude de la cause de l'hémorragie dans un nombre non négligeable de cas et éventuellement d'être associée à la réalisation d'un geste hémostatique qui peut permettre une hémostase définitive.

