

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Plan du cours

1/ Définition : mécanisme de l'hémorragie.

2/ Circonstance de découverte

3/ Diagnostique positif

A/ Hématémèse : - Définition

- Diagnostic différentiel

- Démarche étiologique : Anamnèse

Examen physique

Etiologies

B/ Méléna : - Définition

- Diagnostic différentiel

- Démarche étiologique

C/ Rectorragies : - Définition

- Diagnostic différentiel

- Démarche étiologique

4/ Explorations

5/ CAT en urgence devant des hémorragies digestives

6/ Conclusion

Objectifs du cours : - Savoir diagnostiquer une hémorragie digestive.

- Connaître la prise en charge en urgence devant une hémorragie digestive.

I/ DEFINITION :

Une hémorragie digestive est une **urgence médicale voir médico-chirurgicale** ; si l'hémorragie est abondante elle peut mettre en jeu rapidement le pronostic vital.

Elle se définit par le rejet par la bouche ou par l'anus de sang provenant d'un point quelconque du tube digestif. Elle regroupe hématémèse, melaena et rectorragies.

Les hémorragies digestives hautes (œsogastroduodénales) sont les plus fréquentes.

*** Mécanisme :**

L'hémorragie fait suite à une effraction vasculaire soit d'origine artérielle : Ulcère ou veineuse : rupture de varices œsophagiennes

Plus rarement saignement en nappe muqueuse gastrique « pleurant » le sang : la gastrite hémorragique.

II/CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE: il existe deux modes de révélation :

1) Hémorragie extériorisée (haute ou basse): objectivée par le patient, son entourage ou le médecin directement ou suite à la mise en place d'une sonde naso-gastrique ou un toucher rectal.

- *L'hématémèse* : est un rejet par la bouche.

- *Le méléna (ou mélaena)* : correspond à l'émission par l'anus de sang noir digéré.

- *Les rectorragies* : sont des hémorragies de sang rouge extériorisées par voie basse.

2) Hémorragie non extériorisée (saignement occulte) : Se manifeste par deux tableaux :

a. Tableau d'anémie aiguë : lorsque l'hémorragie est abondante sans extériorisation immédiate du sang avec un état de choc hypovolémique : hypotension artérielle avec pincement de la différentielle, tachycardie, froideur des extrémités, dyspnée, sueurs, marbrures...

b. Tableau d'anémie chronique (carentielle ferriprive) : hémorragie de faible abondance continue mais non extériorisée : asthénie, pâleur cutané-muqueuse, dyspnée, vertiges, palpitations...

III/DIAGNOSTIC POSITIF:

1. Hématémèse : a. Définition : c'est le rejet par la bouche, lors d'un effort de vomissement, de sang rouge non spumeux ou noirâtre, mêlé ou non à des débris alimentaires, provenant de l'étage sus-mésocolique (en amont de l'angle de Treitz : œsophage, estomac, duodénum).

Une hématomèse peut s'accompagner de méléna, parfois on constate la survenue de méléna 24 à 48 h après arrêt des hématomèses qui sont ainsi évacués par voie basse.

Exceptionnellement une rectorragie accompagne une hématomèse lorsqu'elle est très abondante.

b. Diagnostic différentiel :

- Hémoptysie : c'est le rejet de sang rouge vif, spumeux, aéré, lors de quintes de toux.
- Epistaxis : postérieure déglutie ultérieurement rejetée, c'est un saignement d'origine nasal
- Hémosialémèse : sang mêlé à la salive provenant des gencives (gingivorragies) ou du pharynx.
- Vomissements teintés par des médicaments ex. Rifampicine ou par des aliments ou boissons (Betterave ou le vin).

En cas d'incertitude diagnostique ou de trouble de la conscience, une sonde naso-gastrique peut permettre de confirmer la présence de sang dans l'estomac et d'en apprécier la couleur (rouge vif = saignement actif) cependant l'absence de sang dans la sonde gastrique n'élimine pas formellement une hémorragie digestive haute post-bulbaire.

c. Démarche étiologique :

* Interrogatoire : on recherchera

- Antécédents de maladie ulcéreuse gastroduodénale ou d'épigastralgies.
- Notion de prise de médicaments gastro-toxiques : AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), Aspirine.
- Notion de prise d'anticoagulants ou d'anomalie de la coagulation.
- Notion d'éthylisme ou de tabagisme.

* Examen physique : Doit être méthodique et complet en insistant sur l'appareil digestif :

- Rechercher des signes d'hépatopathies chronique (syndrome d'hypertension portale, une hépatomégalie, un ictère ou des signes d'insuffisance hépatocellulaire).
- Examen cutanéomuqueux à la recherche d'un syndrome hémorragique diffus : purpura, pétéchies, gingivorragies, épistaxis...
- Examen des aires ganglionnaires (ganglion de Troisier).

→ En fonction de l'abondance On distingue :

Hémorragie de faible abondance : quelques stries de sang sans retentissement.

Hémorragie de moyenne abondance : 300 et 400 ml et < à un litre.

Hémorragie de grande abondance : ≥ à un litre, en pratique l'abondance est difficile à apprécier.

L'appréciation objective de la quantité de sang perdu :

- la quantité extériorisée n'est pas un bon critère (subjectivité)
- le retentissement clinique est un bon critère +++
- la biologie : taux de l'hémoglobine ou hématocrite : critère objectif peuvent être normaux au cours des premières heures, ils doivent être réévalué.

***Etiologies :**

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Rupture de varices œsophagiennes au cours d'un syndrome d'HTP.
- Ulcérations aiguës post-médicamenteuses ou post-stress ;
- Syndrome de Mallory-Weiss : déchirure de la muqueuse à la jonction œso-gastrique suite à des efforts de vomissements violents et répétés.
- Œsophagites et ulcères de l'œsophage d'étiologies diverses : surtout à suite à un RGO.
- Tumeurs œsogastroduodénales bénignes ou malignes.
- Causes rares : ulcère simplex de Dieulafoy (perte de substance muqueuse érodant une artériole de la sous muqueuse), angiodysplasies, hémobilie, wirsungorragies.

2. Méléna :

a. Définition : c'est l'émission par l'anus de sang digéré sous forme de selles noirâtres, goudron nauséabondes dues à des lésions digestives sus ou sous-mésocolique.

En fonction de l'abondance du saignement on distingue : Méléna de grande, moyenne ou de petite abondance.

b. Diagnostic différentiel :

- Aliments : épinards, betterave, réglisse.
- Médicaments : à base de fer, de charbon.

Dans ces deux cas l'odeur des selles n'est pas fétide et si l'on délaye la selle dans de l'eau cette dernière ne devient pas rouge comme au cours du méléna.

c. Démarche étiologique :

* Interrogatoire : on recherchera en plus des éléments sus cités (revoir anamnèse des hématuries)

- Antécédents personnels ou familiaux : maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

- Antécédents de diarrhée chronique ou de troubles du transit.

- antécédents récent de pathologie vasculaire pouvant expliquer une colite ischémique

- Notion de syndrome rectal.

* Examen physique : examen clinique complet en insistant sur l'appareil digestif, rechercher des signes orientant vers une MICI ou une hépatopathie chronique,

*Etiologies :

- Causes sus-mésocoliques : revoir les causes d'hématurie sus cités,

NB : lorsqu'il y a un doute diagnostique entre l'origine sus ou sous- mésocolique du méléna, la mise en place d'une sonde naso-gastrique peut orienter le diagnostic.

- Causes sous-mésocoliques : concernent le jéjunum, l'iléon, le colon droit et la partie droite du colon transverse.

- Causes coliques : diverticulose colique, angiodysplasies, cancer du colon, colites inflammatoires (RCH, maladie de Crohn), colite ischémique, colites iatrogènes (radique, médicamenteuse : AINS), colites infectieuses (tuberculose).
- Causes grêliques (rares) : diverticule de Meckel, tumeurs (lymphomes, adénocarcinomes, leiomyosarcomes), maladie de Rendu-Osler.

3. Rectorragies :

a. Définition : C'est l'émission par l'anus de sang rouge vif (non digéré) pouvant précéder, accompagner ou succéder à la selle. Ce saignement oriente vers une pathologie de l'anus, du rectum, du colon gauche ou de la partie gauche du transverse. Une origine sus-mésocolique est possible surtout si le saignement est de grande abondance mais cela est très rare.

Plusieurs présentations cliniques peuvent se rencontrer :

-Les hémorragies de sang rouge pur.

- Les rectorragies terminales (en fin de selles) ou d'essuyage, évocatrices d'une pathologie anale hémorroïdes

-Les diarrhées sanglantes ou glaire-sanglantes.

b. Diagnostic différentiel :

- Aliments qui peuvent teinter les selles en rouge : betterave

- Origine extradigestive du saignement : surtout chez les patients alités ou ayant un terrain psychiatrique, il s'agit essentiellement de métrorragies ou d'hématurie.

L'interrogatoire va rechercher : Une modification récente du transit ou la notion d'un traumatisme ano-rectale

c. Examen proctologique: temps primordial de l'examen après en avoir expliqué l'intérêt au patient comprend l'examen de la marge anale et le toucher rectal : recherche d'une fissure, fistule, hémorroïdes, masse rectale...

d. Etiologies:

- Causes ano-rectales : hémorroïdes, fissure anale, causes tumorales (cancer du rectum, carcinome de l'anus), les ulcérations thermométriques sont devenues plus rares.

- Causes coliques : Rectites inflammatoires (MICI) ou infectieuses (amibiase)

VI/. Exploration des hémorragies digestives :

A / ENDOSCOPIE DIGESTIVE : examen essentiel dont l'objectif est triple :

Permet d'établir un diagnostic lésionnel

Au cours de l'examen endoscopique : un prélèvement (Biopsie), un lavage ou un geste d'hémostase peuvent être réalisés

Permet d'évaluer le risque de récurrence.

Sera réalisée en fonction du tableau clinique

- Fibroscopie œsogastroduodénale : examen clef devant l'hématurie ou le melaena dès que l'état hémodynamique du patient le permet.

-Coloscopie : examen du colon jusqu'au cæcum et les 1^{er} cm de l'iléon

- Recto-sigmoïdoscopie, ou une anoscopie.

B/AUTRES:

- Artériographie (malformations vasculaires ; angiodyplasies)
- Scanner abdominopelvien, colo-scanner ou entéro-scanner et l'entéro-IRM.
- vidéo-capsule (exploration grêlique).

V/Conduite à tenir devant une hémorragie digestive :

A/Hospitalisation systématique car le risque de récurrence hémorragique est imprévisible même pour une hémorragie initialement de faible abondance sauf pour les rectorragies minimales sans retentissement hémodynamique d'origine proctologique

En milieu hospitalier spécialisé

B/ Examen du malade : A la recherche de signes de choc

- *Tension artérielle basse, tachycardie, pouls filant, marbrures
- * Froideur des extrémités, soif, diminution de la diurèse
- * Agitation voir confusion

C/ Le traitement du choc hypovolémique s'il existe est la priorité:

- Position allongée, tête basse
- O₂ : 3 à 6l/min avec surveillance de la saturation en O₂
- Mise en place de deux cathéters veineux à fort calibre
- Passage de substitut du plasma au début type Plasmagel®
- Transfusion sanguine si choc ou tachycardie > 100/min ; ou si le taux d'hémoglobine : Hb < 70 g/l ou Hb < 100 g/l si maladies graves associées, ex. cardiopathie ischémique
- Si hémorragie d'origine haute ; mise en place d'une sonde gastrique (lavage gastrique)

D/Bilan : Groupage rhésus, FNS, bilan rénal, taux de prothrombine, bilan hépatique...

E/Surveillance clinique : A la phase initiale de l'hémorragie, l'importance du saignement est jugée sur les signes cliniques : fréquence cardiaque, tension artérielle, pâleur, chaleur des téguments, état de conscience, diurèse ET biologique : Le taux d'hématocrite, hémoglobine sanguine, bilan rénal ; qui seront réévalués à intervalle régulier jusqu'à l'amélioration de l'état du patient

F/ L'endoscopie : après avoir réanimé le patient, les explorations dont l'endoscopie ne sera pratiquée que si l'état hémodynamique du patient le permet.

Un geste hémostatique sera effectué en per endoscopie ex. sclérose, injection d'adrénaline, ligature de varices œsophagiennes, pose de clip ou coagulation au plasma argon.

Si échec : traitement chirurgical pour suture de l'ulcère

Les indications chirurgicales sont très rares : hémorragies cataclysmiques (état hémodynamique non contrôlé malgré les transfusions sanguines sous pression)

Récidive ou persistance de l'hémorragie, malgré le traitement précédent avec nécessité de transfusions multiples

VI/ Conclusion

Les hémorragies digestives sont un symptôme alarmant, elles relèvent d'une prise en charge urgente et rigoureuse car elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Secondairement les explorations seront effectuées pour rechercher et traiter l'étiologie et éviter les récurrences.